OS NOVOS IDOSOS BRASILEIROS
MUITO ALÉM DOS 60?

Ana Amélia Camarano
organizadora

OS NOVOS IDOSOS BRASILEIROS
MUITO ALÉM DOS 60?

Rio de Janeiro, setembro de 2004

APRESENTAÇÃO

Em continuidade ao seu compromisso de preparar a sociedade para enfrentar as grandes questões sociais — nesse caso, a do envelhecimento populacional —, o IPEA se propôs, inicialmente, a atualizar o livro *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*, lançado em 1999. Nesses últimos cinco anos, mudanças de grande porte aconteceram em quase todo o mundo, em particular no Brasil, no processo de envelhecimento populacional e na sua percepção, bem como na economia, no mercado de trabalho e na disponibilidade de recursos públicos e familiares.

Contudo, visto que uma das transformações sociais mais importantes observadas no país desde a metade do século passado é o prolongamento da vida — a continuação do aumento da esperança de vida —, e que esse cenário vem provocando ajustes de rumos nas esferas pública e privada, a proposta original tomou dimensões que ultrapassaram a mera atualização daquela obra, repensando-se nesta coletânea o idoso na sociedade brasileira dentro dessa perspectiva de vida mais longa, que ocorre de maneira diferenciada entre os vários grupos sociais, raciais e regionais.

O eixo central do livro anterior foi uma avaliação crítica da relação entre envelhecimento e dependência. Este volume vai mais adiante: apresenta análises da dinâmica de uma população que envelhece rápida e diferenciadamente em um contexto de profundas transformações sociais e nos arranjos familiares, assim como examina as oportunidades, os problemas e os desafios de uma proteção social efetiva para esse grupo, que inclui tanto políticas públicas quanto apoios familiares.

Chama a atenção o enfoque interdisciplinar do livro, que contempla questões como as possibilidades de uma contínua expansão da expectativa de vida e as suas perspectivas em termos de autonomia física e mental do idoso, apoios e conflitos intergeracionais no âmbito das famílias e das políticas públicas, condições de vida dos idosos e de suas famílias, e ainda levanta perspectivas para os idosos do futuro.

Esse caráter interdisciplinar foi assegurado pela participação de especialistas de outras instituições, que em muito colaboraram para complementar e enriquecer a visão dos pesquisadores do IPEA. A eles, os nossos agradecimentos pela presteza e competência com que responderam ao convite para participar de mais essa contribuição para especialistas de diversas áreas do conhecimento e da sociedade em geral.

Glauco Arbix
Presidente do IPEA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Ana Amélia Camarano
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA
Maria Tereza Pasinato
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

A idéia deste livro nasceu da necessidade de atualizar o livro *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*, lançado em 1999, por ocasião das comemorações do Ano Internacional do Idoso. Muito embora apenas cinco anos tenham transcorrido, mudanças profundas ocorreram em quase todo o mundo no tocante ao fenômeno do envelhecimento populacional e sua percepção.

Uma Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, realizada em Madri, em 2002, resultou em um Segundo Plano de Ação para o Envelhecimento, que incentivou a maior participação da questão na agenda das políticas públicas dos países em desenvolvimento e uma mudança na percepção do envelhecimento populacional e do papel do idoso na sociedade. A esperança de vida ao nascer tem crescido em quase todo o mundo, superando a maioria das projeções feitas a respeito do seu crescimento. Um dos resultados é o crescimento da população muito idosa, inclusive de centenários. Além disso, transformações profundas nas esferas econômica, social e política, nos sistemas de valores, de arranjos familiares estão em curso em quase todos os países do mundo.

Para se entender o papel (ou os papéis) do idoso brasileiro na sociedade de hoje, foi preciso um esforço maior do que o de, simplesmente, atualizar informações apresentadas no livro anterior. Essas mudanças requereram, além disso, uma releitura sobre as questões anteriormente abordadas e a introdução de novas questões, o que foi feito em oito novos capítulos. Dada a pertinência das questões de alguns capítulos do livro anterior, eles foram mantidos e atualizados. O resultado foi um novo livro, *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*?, ancorado no *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*.

Enquanto o eixo central do primeiro livro foi uma avaliação crítica da relação entre envelhecimento e dependência, neste busca-se entender a complexidade e a

heterogeneidade do subgrupo populacional considerado idoso e as demandas por políticas de proteção social que ele coloca. Parte da heterogeneidade desse segmento vem do alongamento da vida que este experimenta e cujas perspectivas são de continuar se estendendo. Em um capítulo deste livro argumenta-se que, se determinadas causas de morte fossem evitadas, a esperança de vida da população brasileira poderia atingir valores superiores aos encontrados no Japão. Pergunta-se em que condições de vida viverão esses longevos? Se a maior sobrevivência não for acompanhada de uma vida digna, com autonomia, quais as perspectivas? O direito de morrer é outra questão abordada no livro.

Está se falando aqui de um segmento que vivencia a última etapa da vida, composto tanto por pessoas com total autonomia, com capacidade de contribuir para o desenvolvimento econômico e social e que desempenham papéis importantes na família quanto por pessoas que não são capazes de lidar com as atividades básicas do cotidiano e sem nenhum rendimento próprio, ou seja, um grupo com necessidades bastante diferenciadas. O Capítulo 1 mostra que 87,1% dos idosos do sexo masculino chefiam famílias, 72,6% trabalham 40 ou mais horas por semana e apenas 12,7% percebem um rendimento inferior a um salário mínimo mensal. Por outro lado, quase 20% das mulheres idosas vivem em casa de parentes, 18,5% não têm renda, 17,1% não têm autonomia para lidar com as atividades do cotidiano e 8,3% não enxergam. Entre os homens, a proporção dos que não conseguem desempenhar as atividades do cotidiano foi de 13,3% e a dos que não enxergam, de 7,4%.

Assume-se que a idade traz vulnerabilidades, perdas de papéis sociais com a retirada da atividade econômica, aparecimento de novos papéis (ser avós), agravamento de doenças crônicas e degenerativas, perdas de parentes e amigos entre outras. Supõe-se, também, que esse processo é diferenciado por sexo, grupo social, cor/raça, localização geográfica, e que pode ser minimizado por políticas públicas. As suas condições de vida vão depender das capacidades com que nasceram (básicas), das capacidades adquiridas e da inter-relação entre as duas capacidades com as facilidades/dificuldades criadas pelo meio ambiente, políticas públicas etc. Além disso, desenvolvimento econômico, envelhecimento populacional e condições de vida da população idosa devem ser reconhecidos como processos inter-relacionados [Lloyd-Sherlock (2002)].

São considerados como idosos todos os que compõem a população de 60 anos e mais, tal como definido pelo marco legal da Política Nacional do Idoso e pelo Estatuto do Idoso. Apesar de se ter adotado um corte etário, cujas limitações serão consideradas na próxima seção, reconhece-se que uma população não é formada

por subgrupos estanques: indivíduos em idade adulta ativos e/ou produtivos e crianças, jovens e idosos, inativos e/ou dependentes. Reconhece-se, também, que se está considerando um intervalo etário com uma amplitude superior a 30 anos, constituído por pessoas que vivenciaram trajetórias de vida muito diferenciadas.

Embora se observe a heterogeneidade do grupo estudado, pergunta-se o que faz esse grupo ser diferente dos demais,[1] que os torna objeto específico de estudos acadêmicos, de políticas etc. Como já se mencionou, não existe um corte exato separando a vida adulta da última fase da vida. Pode-se dizer que as principais características do grupo são o crescimento, proporcional à idade, das suas vulnerabilidades físicas e mentais e a proximidade da morte. Embora isso possa justificar o interesse político e acadêmico sobre a questão, não justifica a existência de preconceitos e estereótipos em relação ao grupo e muito menos a defesa de seus interesses em detrimento dos demais. Os idosos não vivem isolados e o seu bem-estar está intimamente ligado ao da sociedade como um todo [Lloyd-Sherlock (2002)].

Um dos artigos do livro, Capítulo 7, de Goldani, examina o debate em curso no Brasil sobre o viés geracional das políticas e dos gastos públicos, o que, em última instância, suscita a idéia da existência de um conflito entre gerações nas políticas públicas. Tem-se como premissa básica que uma política para a população idosa deve ser parte de uma política nacional de desenvolvimento sustentável, objetivando aumentar o bem-estar da população como um todo. Só assim se pode construir uma "sociedade para todas as idades", como preconizado pelas Nações Unidas.

O objetivo deste livro é analisar a dinâmica de uma população que envelhece rápida e diferenciadamente em um contexto de profundas transformações sociais e de ajuste fiscal. Busca-se examinar as oportunidades, os problemas e os desafios de uma proteção social efetiva para a população idosa, que inclua tanto políticas públicas quanto apoios familiares. Alguns capítulos deste livro examinam as respostas das políticas ao envelhecimento populacional e o seu impacto nos arranjos familiares.

A organização do livro está apresentada na quarta seção desta intrudução. Antes disso, um primeiro passo foi discutir o conceito de idoso, o que é feito na segunda seção. Muito embora a população idosa tenha sido definida pelo corte etário, procurou-se ressaltar as limitações da classificação de idoso, simplesmente pelo critério de idade cronológica, a exemplo da edição anterior. A terceira seção procura desmistificar os "pré" conceitos que permeiam a questão do envelhecimento no âmbito da sociedade, ou seja, os mitos e estereótipos.

---

1. Como, por exemplo, os jovens.

1 Conceito de Idoso[2]

Reconhece-se a existência de uma gama bastante ampla de critérios para a demarcação do que venha a ser um "idoso". O mais comum baseia-se no limite etário, como é o caso, por exemplo, da definição da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994). O Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) endossa essa definição. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais se residem em países desenvolvidos.

Parte-se do princípio de que o envelhecimento de um indivíduo está associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais. Então, o estar saudável deixa de ser relacionado com a idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e a motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivos e novas conquistas pessoais e familiares.

O aumento da esperança de vida e as mudanças nos papéis dos indivíduos com mais idade na sociedade colocam em discussão o próprio conceito de "idoso". Considera-se a existência de dois problemas nessa discussão. O primeiro diz respeito ao critério de classificação utilizado para distinguir idosos de não-idosos. O segundo está relacionado ao conteúdo da classificação de um indivíduo como idoso.

O critério de classificação é uma regra que permite agrupar indivíduos a partir de uma ou mais características comuns a todos eles. Para o estabelecimento da regra, cabe definir o conteúdo do grupo populacional criado em termos de outras dimensões, além das utilizadas para classificação, dimensões que são muitas vezes inferidas e não observadas. Em outras palavras, o grupo social "idoso", mesmo quando definido apenas etariamente, não suscita somente referências a um conjunto de pessoas com muita idade, mas a pessoas com determinadas características sociais e biológicas.

A questão, no caso, é quanto ao conteúdo do conceito de "idoso", cuja referência imediata costuma ser características biológicas. O limite etário seria o momento a partir do qual os indivíduos poderiam ser considerados "velhos", isto é, começariam a apresentar sinais de senilidade e incapacidade física ou mental. Porém, acredita-se que "idoso" identifica não somente indivíduos em um determinado ponto do ciclo de vida orgânico, mas também em um determinado ponto do curso de vida social, pois a classificação de "idoso" situa os indivíduos em diversas esferas da vida social, tais como o trabalho, a família etc.

2. Esta seção está fortemente baseada na segunda seção do Capítulo 1 do livro anterior [ver Camarano e Medeiros (1999)].

O conceito de idoso, portanto, envolve mais do que a simples determinação de idades-limite biológicas e apresenta, pelo menos, três limitações. A primeira diz respeito à heterogeneidade entre indivíduos no espaço, entre grupos sociais, raça/cor e no tempo. A segunda é associada à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais e a terceira à finalidade social do conceito de idoso.

Idoso, em termos estritos, é aquele que tem "muita" idade. A definição de "muita" traz uma carga valorativa. Os valores que referendam esse juízo dependem de características específicas do ambiente onde os indivíduos vivem. Logo, a definição de idoso não diz respeito a um indivíduo isolado, mas à sociedade como um todo. Assumir que a idade cronológica é o critério universal de classificação para a categoria idoso é correr o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos.

A suposição de que o efeito de características biológicas semelhantes tem as mesmas implicações na vida social de indivíduos de culturas diferentes não é relevante na perspectiva de alguns estudos. Geertz (1989), por exemplo, alega que não faz sentido distinguir entre aspectos estritamente biológicos e aspectos estritamente culturais em estudos antropológicos, uma vez que na espécie humana ambos são profundamente inter-relacionados. Assim, na analogia com outros animais, especialmente, as referências ao envelhecimento dentro de processos de seleção "natural" que remetem a uma natureza que existe fora da cultura não possuem relevância para os humanos. Se não existe "natureza" independente de "cultura" e vice-versa, é de se esperar não só que os resultados do processo biológico de senilidade sejam potencialmente diferentes entre culturas, mas que o próprio envelhecimento seja também fruto de condições sociais que determinam a trajetória do indivíduo ao longo do ciclo da vida.

O conceito de idoso, do ponto de vista instrumental, também tem finalidades de caráter social. Na classificação de um indivíduo como idoso por formuladores de políticas predominam tanto objetivos relacionados com a sua condição em um determinado ponto no curso de vida orgânica quanto em um ponto do ciclo de vida social. Dentro do argumento de Geertz, não há como pensar esses ciclos separadamente. Classificam-se idosos, por exemplo, com objetivos de estimar demandas por serviços de saúde, por benefícios previdenciários e, também, como uma maneira de distinguir a situação dos indivíduos no mercado de trabalho, na família e/ou em outras esferas da vida social.

Uma das conseqüências do uso da idade para a definição de idoso é o poder prescritivo contido nessa definição. A sociedade cria expectativas em relação aos

papéis sociais daqueles com o *status* de idoso e exerce diversas formas de coerção para que esses papéis se cumpram, independentemente de características particulares dos indivíduos [Laslett (1996, p. 24)]. O *status* de idoso pode ser atribuído a indivíduos com determinada idade, mesmo que não apresentem características de dependência ou senilidade associadas à velhice e, mais importante, que recusem esse *status*. Um exemplo claro dessa coerção é a aposentadoria compulsória presente nos regimes de aposentadorias de vários países do mundo, inclusive dos países desenvolvidos.

Para a formulação de políticas públicas, a demarcação de grupos populacionais é extremamente importante. Através dela é possível identificar beneficiários para focalizar recursos e conceder direitos, o que requer algum grau de pragmatismo nos conceitos utilizados. Como toda classificação, a de "idoso" simplifica a heterogeneidade desse segmento e, por isso, está sujeita a incluir indivíduos que não necessitem de tais políticas ou a excluir os que delas necessitem. Há duas maneiras de reduzir a incidência desse tipo de erro. A primeira é aprimorar critérios de forma a aumentar a precisão das definições. Busca-se um ou mais marcos que permitam identificar melhor os indivíduos com certas características. A segunda consiste em modificar os conteúdos das definições por determinados critérios. Assume-se que os marcos utilizados são referências apropriadas apenas para algumas das características buscadas. Ambas demandam um melhor conhecimento das peculiaridades da população em questão.

A grande vantagem do critério etário de definição de idoso para as políticas públicas reside na facilidade de sua verificação. Como já se mencionou, consideram-se neste livro como idosos os indivíduos com 60 anos e mais. Dadas as heterogeneidades mencionadas, buscou-se sempre que possível, em quase todos os capítulos, ajustar o critério etário à diversidade existente entre os indivíduos. Isso foi feito desagregando esse segmento em determinadas características como sexo, subgrupos etários, estado conjugal, grau de deficiência, rendimentos, forma de inserção na família e no mercado de trabalho, condição previdenciária e nível educacional. Essa heterogeneidade é decorrente, de um lado, das diferenciações na dinâmica demográfica e, de outro, das variadas condições socioeconômicas às quais o idoso de hoje foi exposto na sua trajetória de vida bem como das suas características básicas (de nascimento).

2 Envelhecimento Populacional: Mitos e Estereótipos

Grande parte da literatura sobre envelhecimento populacional e o debate político são baseados em uma visão generalizada de que a população idosa é um grupo homogêneo com experiências e necessidades comuns. As políticas dirigidas ao

subgrupo de idosos dependem, fundamentalmente, da visão que se tem desse segmento populacional. Pode-se falar da existência de duas visões polarizadas sobre a experiência do envelhecimento [Lloyd-Sherlock (2002)].

A primeira e predominante visão é carregada de uma percepção negativa a respeito da população idosa, que é vista como dependente e vulnerável, tanto do ponto de vista econômico quanto do da saúde e autonomia, sem papéis sociais, que vivencia apenas perdas. A visão dos idosos como indivíduos frágeis e dependentes tem resultado em políticas que reforçam essa dependência [Walker (1990)]. Por exemplo, como salientado por Slater (1930)[3] até fins do século XIX, medidas voltadas para a proteção dos idosos não se diferenciavam das voltadas para os doentes, todos entendidos como incapacitados para o trabalho.

A visão tradicional de dependência dos idosos foi ampliada, e, hoje, extrapolou os aspectos puramente biológicos do aumento das debilidades físicas. Passou a ser vista, também, como um fenômeno decorrente de uma particular divisão do trabalho e da estrutura social. Pode conter um componente socialmente construído através dos paradigmas negativos da população idosa, de discriminação no mercado de trabalho etc. [Walker (1990)]. Muito embora essa visão seja pessimista, ela foi importante para a legitimação de alguns direitos sociais, como a universalização da aposentadoria [Debert (1999)].

A visão do idoso como intrinsecamente improdutivo leva a se pensar que mesmo que o envelhecimento seja desejável sob a perspectiva dos indivíduos, o crescimento da população idosa pode acarretar um peso sobre a população jovem e o custo de sustentá-la vir a se constituir uma ameaça ao futuro das nações.[4] Deu origem à preocupação com a "crise do envelhecimento", pois os idosos são considerados grandes consumidores de recursos públicos, principalmente, de benefícios previdenciários e serviços de saúde.

A universalização da Seguridade Social em vários países do mundo, inclusive no Brasil — muito bem documentada nos trabalhos de Beltrão *et alii*, Delgado e Cardoso Jr. e Saboia —, tem levado a que os idosos brasileiros de hoje sejam vistos como indivíduos privilegiados pelos sistemas de proteção social (*vis-à-vis* outros grupos vulneráveis, como, por exemplo, as crianças) e responsáveis pelos crescentes gastos sociais que pressionam as contas públicas.

3. *Apud* Philipson (1998).

4. Para uma visão alarmista da questão do envelhecimento populacional, ver Banco Mundial (1994) e Petersen *apud* Lloyd-Sherlock (2002).

O alongamento da vida associado a melhores condições de saúde bem como a ampliação da cobertura da Previdência Social em quase todo o mundo têm levado a uma mudança de percepção do que vem a ser a última etapa da vida. A visão de que esta representa um processo de perdas está sendo substituída pela consideração de que a última fase da vida é um momento propício para novas conquistas e busca de satisfação pessoal. É a idade do "preenchimento", de acordo com Laslett (1996).

Alguns elementos como uma cultura da saúde apoiada por desenvolvimentos tecnológicos na medicina preventiva e curativa e nos hábitos de vida da população, mecanismos de assistência do Estado de Bem-Estar e modificação nos processos de produção criaram condições para o surgimento e expansão de um *grupo de indivíduos idosos* que não é caracterizado por uma saúde debilitada, pela pauperização e nem pela exclusão das diversas esferas da vida social.

Apesar de o fenômeno mencionado ser mais facilmente observado em países desenvolvidos, há evidências de sua ocorrência também na América Latina. Debert (1999), por exemplo, mostra que o idoso brasileiro, especialmente a partir da década de 1980, tornou-se um ator político cada vez mais visível na sociedade, ocupou espaço na mídia e ganhou a atenção da indústria do consumo, do lazer e do turismo, o que não corresponde à idéia da última fase da vida em que os indivíduos estão excluídos da vida pública. No Brasil, 13% dos eleitores têm mais de 60 anos.[5]

Independentemente da classe social, o grupo de idosos é visto como o que apresenta maior disponibilidade para o consumo. Na cesta de consumo oferecida a esse grupo, a autopreservação do corpo ganha uma enorme importância. De acordo com Debert (1999), os indivíduos são incentivados a exercer uma vigilância constante do corpo e são também responsabilizados pela própria saúde, através de doenças auto-infligidas, resultados de abusos corporais como a bebida, o fumo, a falta de exercício físico etc. Essa visão é incentivada pelas políticas de saúde como forma de reduzir os seus custos.

Ainda de acordo com Debert (1999), nessa perspectiva a juventude perde a sua identidade de grupo etário específico para se transformar em um valor e um bem a ser conquistado, através da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequados. Nega as diferenças existentes entre os indivíduos em prol da busca do envelhecimento ativo, como contraponto à visão pessimista do envelhecimento. Encobre os problemas específicos da última fase da vida.

5. No entanto, isso não significa que participam do processo político ou de eleições, pois o voto é obrigatório até os 70 anos.

Por outro lado, reconhece-se o envelhecimento populacional como uma conquista social e a contribuição dos idosos para com a família, a sociedade e o desenvolvimento econômico [HelpAge International (1999)]. Essa visão está expressa no artigo 6º da declaração política do Plano de Madri [ver Nações Unidas (2002)].

> "Cuando el envejecimento se considera como um logro, el aprovechamiento de la capacidad, la experiencia y los grupos de mayor edad se reconocen naturalmente como un factor valioso para el crescimiento de sociedades maduras, plenamente integradas y humanas".

Uma das conclusões do livro anterior é que as transferências de apoio intergeracional no Brasil estão assumindo, cada vez mais, um caráter bidirecional. As conseqüências perniciosas dos períodos cíclicos de crise econômica enfrentados pela população brasileira — concentração de renda, aumento do desemprego, expansão da pobreza, drogas, instabilidade das relações afetivas, violência — têm levado um número crescente de filhos adultos a se tornar, de alguma maneira, dependente dos recursos de seus pais idosos. Nesses casos, a casa própria do idoso ou mesmo seus rendimentos de trabalho, pensão ou aposentadoria estão se transformando em fonte importante de suporte familiar. Isso ocorre a despeito da permanência de uma situação de dependência do idoso em relação à família.

Aceita a perspectiva de que os idosos prestam uma contribuição importante para a sociedade, as políticas devem buscar reforçar a capacidade de as pessoas idosas aumentarem a sua oportunidade de contribuir para com a sociedade [Troisi (1995)]. O envelhecimento da população passa a ser visto, dessa forma, ao mesmo tempo como parte atuante e como resultado do processo de desenvolvimento e transformação das sociedades [Lloyd-Sherlock (2002)].

Enquanto a primeira é uma visão estática, que ignora os grandes avanços tecnológicos — principalmente na medicina — e a ampliação da cobertura dos serviços de saúde e da Seguridade Social, a segunda não oferece instrumentos capazes de ajudar no entendimento da decadência de habilidades cognitivas e controles físicos e emocionais que fazem parte do ciclo natural da vida. Segundo Medeiros e Diniz, Capítulo 3 deste livro, "a deficiência não é uma experiência limitada a uma minoria reduzida, mas um fato ordinário e previsível no curso de vida das pessoas, assim como o envelhecimento". Sintetizando, as experiências inovadoras e bem-sucedidas da velhice fecham espaço para as situações de abandono e dependência [Debert (1999)]. Por outro lado, a imposição da juventude como um valor a ser perseguido acentua ainda mais as heterogeneidades.

Salienta-se o perigo de qualquer generalização sobre o que representa ser idoso. Sabe-se que partes deles desempenha papéis cada vez mais importantes

junto a sua família e à sociedade, porém, boa parte tembém apresenta altos graus de dependência e vulnerabilidade. Lloyd-Sherlock (2002) salienta que parcela expressiva apresenta os dois aspectos: ao mesmo tempo em que são dependentes, provêem os cuidados de outros.

Estereótipos associados ao envelhecimento estão sendo revistos. Novas terminologias e novos conceitos vêm surgindo para tentar classificar os indivíduos na última fase da vida, até recentemente, categorizados como na terceira idade. O aumento da longevidade e da qualidade de vida levaram a que se considerasse, principalmente, na Europa e nos Estados Unidos a existência da quarta idade. A distinção entre terceira e quarta idades é uma tentativa de ajustar esquemas classificatórios a circunstâncias sociais, culturais, psicológicas e biológicas particulares das sociedades ocidentais. No entanto, não é a quarta idade a categoria nova; é a terceira [Laslett (1996)]. Essa categoria visa classificar os indivíduos que não são mais enquadrados na idade do trabalho (ou segunda idade), porém tampouco apresentam sinais de senilidade e decrepitude. A existência da terceira idade depende, segundo Laslett (1996), da existência de uma "comunidade de aposentados" com peso suficiente na sociedade. Sintetizando, essa é uma classificação que apresenta os mesmos problemas de estabelecimentos de critérios, quando e como começa cada uma dessas idades, mas representa um avanço no sentido de reconhecer as heterogeneidades da população idosa.

Assume-se neste livro que a população idosa brasileira constitui um grupo heterogêneo e complexo, composto por pessoas cujo intervalo de idade extrapola 30 anos e que experimentaram trajetórias de vida muito diferenciadas. Vivenciaram grandes transformações como a queda da mortalidade materna e experimentam, agora, a queda da mortalidade nas idades avançadas. São os sobreviventes da alta mortalidade infantil por doenças infecto-contagiosas, por neoplasias malignas e doenças cardiovasculares na meia idade. Essa sobrevivência ocorreu de forma diferenciada no território brasileiro, entre grupos sociais, raciais.

As políticas públicas devem tanto responder às demandas dos indivíduos que buscam o envelhecimento ativo como, também, tentar atender às necessidades daqueles em situação de vulnerabilidade trazida pela idade avançada.

3 Organização do Livro

Este livro está subdividido em cinco partes e 17 capítulos, além desta introdução. Todos buscam mostrar que a heterogeneidade do grupo populacional idoso extrapola a da composição etária. Dadas as diferentes trajetórias de vida experimentadas pelos idosos, eles têm inserções familiares distintas, bem como na vida social e econômica do país.

Na primeira parte, no Capítulo 1, apresenta-se um perfil sociodemográfico da população idosa, elaborado por Camarano, Kanso e Mello. O aumento da esperança de vida, conjugado com melhorias nas condições de saúde provocadas por uma tecnologia médica mais avançada, e a ampliação da Seguridade Social levam a que "ser idoso", hoje, seja bastante diferente do que foi no passado recente. Para traçar o perfil do idoso, levou-se em conta o crescimento populacional por sexo, subgrupos de idade, estado conjugal, raça/cor, escolaridade, bem como a sua distribuição espacial ao nível das cinco grandes regiões e da condição de domicílio. Além dessas características, também foram analisadas a evolução do padrão da mortalidade por sexo e as causas de morte, as condições de saúde, de autonomia física e financeira e a inserção dos idosos na família e no mercado de trabalho. Destacou-se a participação na atividade econômica, de acordo com o fato de o idoso estar aposentado ou não, os seus rendimentos e a composição dos mesmos.

As principais conclusões extraídas da análise do perfil sociodemográfico da população idosa brasileira foram:

• Houve alongamento do tempo vivido, medido pela esperança de vida ao nascer, aos 60 anos e a idade média ao morrer. O padrão de causas de morte não se alterou nos 20 anos estudados. As doenças cardiovasculares continuam sendo a principal causa de morte, mas essas vêm ocorrendo mais tarde no ciclo da vida.

• Uma parcela não-desprezível da população idosa tem dificuldades em ouvir, enxergar, subir escadas, lidar com as atividades básicas do cotidiano. Essas dificuldades parecem estar sendo adiadas para as idades mais avançadas como está acontecendo com a mortalidade. É este o segmento que demanda maiores cuidados, que recaem quase sempre sobre a família. Grande parte desses idosos mora em casa de parentes (filhos, genros, sobrinhos etc.).

• O idoso encontra-se, em média, em melhores condições objetivas de vida do que o não-idoso, propiciadas pelo seu momento no ciclo de vida, pela sua trajetória ao longo da vida, pelas políticas públicas, e, especialmente, pela universalização da Seguridade Social. Isso lhe permitiu um acúmulo patrimonial, destacando-se a aposentadoria.

• O idoso participa do mercado de trabalho até em idades avançadas mesmo na condição de aposentado. A participação de aposentados no mercado de trabalho é uma especificidade do mercado de trabalho brasileiro, que permite a sua volta à atividade econômica sem nenhuma perda. Isso também está associado à concessão de aposentadoria por tempo de contribuição, o que leva a previdência brasileira a aposentar não apenas idosos. A renda do trabalho constitui um componente importante no rendimento do idoso.

Os quatro pontos sumariados levaram à necessidade de aprofundar o conhecimento acerca desse segmento populacional, considerando-se a sua heterogeneidade. Buscou-se, então, na segunda parte, discutir sobre as possibilidades de uma contínua expansão da expectativa de vida e as suas perspectivas em termos de autonomia física e mental dos sobreviventes. Três capítulos lidaram com essa questão.

O Capítulo 2, de autoria de Camarano, Kanso e Mello, que procura medir as atuais possibilidades de aumento da expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos da população brasileira. Essa mensuração foi feita levando em conta a eliminação das mortes por determinadas causas consideradas evitáveis para a população idosa e também a mortalidade por causas externas. A conclusão acentua que ainda existe um amplo espaço para o aumento da expectativa de vida no Brasil. Se eliminadas todas as causas evitáveis, as autoras estimam um aumento da esperança de vida ao nascer de 12,9 anos para homens e de 11,6, para mulheres. Isso equivale a um valor de esperança de vida mais elevado do que o observado no Japão, atualmente. Os diferenciais entre os sexos permanecerão elevados.

Uma preocupação levantada no trabalho decorre da constatação de que, atualmente, perto de 40% do tempo vivido pelos idosos brasileiros se dá sem saúde. Isso coloca a questão da importância de uma vida mais longa com melhor qualidade para os sobreviventes. O aumento projetado da esperança de vida aos 60 anos leva a um envelhecimento do grupo de idosos, ou seja, a um crescimento mais acentuado dos muito idosos (mais de 80 anos), entre os quais se encontra a maior proporção de deficientes, portadores de doenças crônico-degenerativas, pessoas com dificuldades para lidar com as atividades do cotidiano etc. A expectativa é de que o momento em que essas deficiências começam a aparecer continue a ser postergado e se concentre perto da morte.

Medeiros e Diniz, no Capítulo 3, abordam a questão da deficiência como objeto das políticas públicas. A mais elevada proporção de deficientes brasileiros está concentrada entre os idosos — enquanto 8,6% da população brasileira eram de idosos em 2000, aproximadamente 24% dos deficientes eram idosos.

Os autores se baseiam no modelo social de deficiências, que entende ser essa uma experiência resultante da interação entre características físicas do indivíduo e das condições da sociedade em que ele vive. Essa perspectiva teórica contrapõe-se ao tradicional modelo médico que entende como deficiências exclusivamente as limitações físicas. Destacam que, não necessariamente, existe uma relação direta entre a experiência da lesão e a deficiência. "Lesão seria uma característica corporal, como seria o sexo ou a cor da pele, ao passo que deficiência seria o resultado da

opressão e da discriminação sofrida pelas pessoas em função de uma sociedade que se organiza de uma maneira que não permite incluí-las na vida cotidiana."

A argumentação de não ser a lesão o único determinante da deficiência encontrou nos idosos um caso paradigmático: "Um ambiente hostil pode fazer com que a acumulação de limitações leves na funcionalidade corporal torne-se a causa de grandes deficiências entre os idosos". Além disso, "muito da deficiência é resultado de um contexto social e econômico que se reproduz no tempo, pois a deficiência no envelhecimento é, em parte, a expressão de desigualdades surgidas no passado e que são mantidas".

O Capítulo 1 mostra que as mulheres são ligeiramente menos atingidas pelas deficiências do que os homens. Mostra, também, que, por outro lado, o tipo de deficiência é diferenciado por sexo. Por exemplo, as mulheres sofrem mais de deficiência mental do que os homens e estes apresentam uma probabilidade maior de contraírem hemiplegia.

O número crescente de idosos muito idosos constitui não só uma questão de saúde pública da maior importância, como, também, de política. Traz de volta questões de ética aplicada, já clássicas, como a eutanásia ou o direito de morrer. A possibilidade de intervir no ciclo da vida acelerando ou estendendo o momento da morte é, talvez, uma das questões mais centrais da ética aplicada em saúde. O avanço da tecnologia médica, em especial das técnicas paliativas e dos tratamentos extraordinários que podem estender indefinidamente a vida, impedindo que as pessoas efetivamente morram, introduz uma nova questão ao debate: o direito ou não de escolher o momento da morte. Diniz e Costa, no Capítulo 4, trazem para o debate essa questão ainda pouco explorada no Brasil.

A terceira parte objetiva aprofundar a análise sobre as relações de troca e de ajuda entre os membros da família. Assumiu-se que a dependência dos idosos advém da sua falta de renda ou da falta de autonomia para lidar com as atividades do cotidiano. Uma das conclusões do Capítulo 1 é que as demandas de cuidados por parte do segmento "dependente" recaem quase sempre sobre a família. Além disso, pobreza, desemprego, e outros choques demográficos, como a epidemia de HIV/Aids, associados a efeitos não esperados de políticas e a instabilidade das relações afetivas entre os jovens têm contribuído para o "crescimento" das famílias. A co-residência entre idosos e filhos adultos tem sido uma prática generalizada nos seus arranjos domiciliares. Algumas vezes, os beneficiados são os idosos, em outras, os filhos e netos. Dois dos três capítulos que compõem a terceira parte deste livro confirmam essa tendência.

No Capítulo 5, Camarano *et alii* discutem a complexidade dos arranjos familiares com idosos. Em 2000, 8,6% da população brasileira eram de idosos e estes são encontrados em quase 1/4 das famílias brasileiras. Os arranjos predominantes são do tipo idoso/a com filho. Além disso, em 86% das famílias onde residem idosos, estes são chefes ou cônjuges. O aumento da taxa de chefia da população idosa bem como a redução na proporção de idosos vivendo em casa de parentes têm sido uma tendência crescente no tempo e permitem inferir que há uma tendência de redução na "dependência" dos idosos.

Além disso, encontrou-se uma proporção expressiva e crescente de famílias de idosos com filhos morando, inclusive com netos. Essas famílias apresentam uma renda domiciliar *per capita* mais elevada e uma menor proporção de pobres. A grande maioria dos idosos mora em domicílio próprio. O peso da sua renda no orçamento da família é expressivo, onde se destaca a importância da renda do benefício social. Nesse caso, observa-se uma inversão da tradicional relação de dependência e uma associação entre arranjos familiares e condições de vida, em que a política previdenciária tem desempenhado um papel importante.

Uma proporção bem menor de idosos reside em casa de parentes. São mais velhos, mais pobres, trabalham menos e reportam piores condições de saúde e menor independência funcional. Há indicações de que eles, em algum grau, dependem da ajuda dos filhos. Essa "dependência" deve estar associada ao avanço da idade, ao aparecimento de doenças crônico-degenerativas e incapacidades físicas bem como à pobreza. Sintetizando, a co-residência no Brasil parece estar associada a melhores condições de vida dos chefes de família. Ela oferece benefícios para idosos e filhos, mas há indicações de que as gerações mais novas são as maiores beneficiárias. Não foi possível concluir se a co-residência reflete preferências ou necessidades. Isso é uma questão importante a ser investigada, pois a violência doméstica pode ser decorrente de uma co-residência imposta.

O Capítulo 6, de autoria de Saad, dimensiona a freqüência com que ocorrem as transferências intergeracionais de apoio no Brasil, comparando-a com outros países da América Latina e identifica alguns dos seus principais fatores determinantes. A primeira parte do artigo já foi publicada na edição anterior. Analisa dados de pesquisas específicas, realizadas nas cidades de São Paulo e Fortaleza. Na segunda parte são comparadas as situações observadas em algumas capitais latino-americanas, utilizando-se, para isso, os dados da Pesquisa Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (Sabe).

O estudo mostra que os idosos no Brasil e na América Latina não apenas recebem, mas também prestam intensa ajuda na forma de bens, serviços, dinheiro

e outros, caracterizando claramente as transferências de apoio informal entre o idoso e a família como um processo de intercâmbio recíproco entre gerações. Esse intercâmbio é mais intenso nas cidades brasileiras pesquisadas, comparadas às correspondentes latino-americanas. Destaca-se o substancial fluxo de apoio financeiro verificado no sentido de pais idosos para filhos adultos em Fortaleza, revelando que os filhos, de uma maneira geral, continuam recebendo ajuda de seus pais até estágios avançados de suas vidas adultas.

Conclui apontando diferenças importantes entre as localidades estudadas em termos da intensidade com que ocorrem certos tipos de transferências intergeracionais. No contexto brasileiro, por exemplo, o intercâmbio de apoio mostra-se muito mais intenso e generalizado em Fortaleza do que em São Paulo. Comparativamente aos idosos das demais cidades latino-americanas, é mais freqüente entre os idosos residentes em São Paulo reportar dificuldades e receber ajuda na execução de atividades instrumentais da vida diária, porém menos freqüente receber ajuda de caráter financeiro. Mesmo quando recebem menos ajuda financeira, os idosos residentes em São Paulo tendem a prestar mais ajuda financeira a seus filhos do que os idosos de Buenos Aires e Cidade do México. São os idosos de Montevidéu que prestam ajuda financeira com maior freqüência relativa comparados aos das demais capitais.

O Capítulo 7, de Goldani, tem um cunho diferente dos demais que compõem a Parte 3 do livro. Discute o vínculo entre as relações intergeracionais e a reconstrução do Estado do Bem-Estar Social no Brasil. Questiona dois pressupostos do debate. O primeiro diz respeito à existência de um emergente "conflito entre as gerações", marcado pela disputa de recursos entre os grupos etários, particularmente entre as crianças e os idosos, em que os idosos estariam sendo mais bem contemplados. O segundo tem a ver com a dicotomização do mundo social entre as esferas macro e micro. A macro é associada com a esfera pública (masculina) e está mais valorizada. A micro diz respeito às famílias e às mulheres.

Critica o fato de as políticas assumirem solidariedade entre os membros da família em um modelo idealizado em que as relações de gênero não são consideradas. Especula, também, a respeito do papel das políticas públicas no reforço da família como "cuidadora" dos seus idosos, dando suporte a contratos que favorecem a individualização e apresentam implicações para a eqüidade de gênero. As análises econômicas convencionais consideram elevados os gastos sociais com os idosos pelo Estado, mas nunca se preocupam em comparar esses custos com os incorridos pelas famílias. Isso se deve, em grande parte, à suposição implícita de que as famílias, especialmente as mulheres, provêem os serviços sociais gratuitos.

Uma questão levantada é a de como alocar as responsabilidades pelo bem-estar dos idosos entre o mercado, as famílias e o Estado. Estes são denominados "pilares do bem-estar". Se um dos pilares não corresponde às expectativas, existe sempre a possibilidade de que os dois remanescentes possam absorver a responsabilidade ou, alternativamente, que os problemas não-resolvidos aumentem. Políticas em nível macro, que estabeleçam uma responsabilidade conjunta das famílias e do Estado no cuidado dos idosos, são importantes para aliviar a pressão imposta às famílias, particularmente às mulheres. Essas devem responder às mudanças fundamentais na concepção de família e parentesco, decorrentes das mudanças sociodemográficas e tecnológicas.

As políticas públicas são, portanto, um dos pilares importantes na constituição do bem-estar da população idosa. A renda do idoso, em que os benefícios da previdência são responsáveis por uma parcela expressiva, tem se constituído cada vez mais em um componente importante da renda das famílias brasileiras. Isso se deve, principalmente, à universalização da Seguridade Social, à expansão da cobertura dos serviços de saúde e ao avanço da tecnologia médica. A melhoria das condições de saúde tem permitido que o idoso possa trabalhar até idades mais avançadas e a renda do trabalho tem se constituído, também, em uma parcela importante da sua renda.

A quarta parte do trabalho, composta por seis capítulos, analisa as políticas públicas para os idosos brasileiros. Inicia-se no Capítulo 8 com a análise dos reflexos do processo de envelhecimento populacional sobre a agenda das políticas públicas tanto em nível internacional quanto no plano nacional. Nas últimas duas décadas, muito se avançou nas duas agendas, mas sem garantir a implementação das políticas traçadas.

A legislação brasileira incorporou grande parte das sugestões das assembléias internacionais de Viena e Madri. A Política Nacional do Idoso de 1994 e o Estatuto do Idoso de 2003 constituem dois marcos legais avançados no tocante à proteção social do idoso, o que é analisado no Capítulo 8. Além disso, esse capítulo descreve as políticas setoriais brasileiras: seguridade social, saúde, cuidados de longa permanência e integração social. Esse capítulo retoma a discussão levantada na edição anterior se as políticas públicas brasileiras estão direcionadas para a construção de uma sociedade para todas as idades, como preconizado pelo Plano de Madri.

Reconhece-se a importância do desenvolvimento do sistema de seguridade social brasileiro no bem-estar dos indivíduos na última etapa da vida. Os quatro capítulos seguintes mostram a importância da universalização da seguridade social

estabelecida pela Constituição de 1988 nesse tocante. A renda do benefício social, além de garantir a subsistência básica dos idosos, tem resultado na sua revalorização dentro da família. De dependente dos recursos da família, o idoso passou a ser um dos seus principais provedores, principalmente no contexto da estratégia de sobrevivência das famílias pobres. Os benefícios previdenciários têm privilegiado mais as pessoas residentes em pequenos municípios, regiões ou estados economicamente mais pobres e os idosos do sexo feminino. Os grandes impactos foram resultantes das mudanças na legislação da previdência rural. Os dois capítulos seguintes tratam dessa questão.

O Capítulo 9, de Delgado e Cardoso Jr., analisa as repercussões específicas da previdência rural sobre as condições de vida dos idosos. Os autores realizaram uma pesquisa de campo em uma amostra representativa para as regiões Sul e Nordeste com o objetivo de avaliar o impacto do benefício rural nas condições de reprodução da economia familiar. O público beneficiário é basicamente composto pela população de idosos, inválidos e seus dependentes legais (viúvos), oriundos do chamado regime de economia familiar rural ou do trabalho rural formal. Os benefícios rurais correspondem atualmente a cerca de 1/3 do estoque total de benefícios pagos pela previdência social brasileira.

Os resultados revelam que a previdência rural universal para idosos tem cumprido uma função de proteção social moderna. Permite, no espaço privado familiar, uma revalorização da pessoa idosa que, de posse da renda do benefício, obtém uma espécie de salvaguarda de subsistência familiar, invertendo o papel social de assistido para assistente, no contexto da estratégia de sobrevivência das famílias pobres. Além disso, no tocante à revitalização da economia familiar rural, os benefícios rurais têm se traduzido, também, em estratégias de produção familiar, cumprindo uma importante função de "política agrária" e "seguro de renda agrícola". Esses são resultados inesperados em um sistema estritamente previdenciário.

Os autores ressaltam, no entanto, que esses benefícios são fiscalmente onerosos e pressionam as contas da previdência social, uma vez que os mesmos não são cobertos por contribuições específicas. Estima-se que a necessidade de financiamento estrutural do subsistema rural corresponda a 90% das despesas com os seus benefícios. Sintetizando, o financiamento da previdência rural é uma questão ainda não equacionada.

O Capítulo 10, de Beltrão *et alii*, também analisa o impacto da expansão das mudanças constitucionais nas condições de vida dos idosos brasileiros, enfatizando as diferenças por sexo. Considera, também, a participação da população rural brasileira no mercado de trabalho. Concluem pelo inegável papel social que a

previdência rural tem desempenhado na elevação da renda no campo e, nesse sentido, colaborado para a redução da pobreza.

Como mencionado no Capítulo 8, outra mudança constitucional importante que beneficiou a população idosa diz respeito à legislação da assistência social. Essa passou a garantir uma renda mensal de um salário mínimo para os idosos sem renda e sem condições de elegibilidade para a previdência social. Resultados de uma pesquisa de campo que analisa os impactos tanto dos benefícios rurais quanto dos benefícios assistenciais no combate à pobreza rural são apresentados por Saboia no Capítulo 11. Ambos são entendidos como benefícios não-contributivos em um sentido mais amplo. O autor também conclui pela maior valorização dos idosos, que recebem benefícios. Esses passaram a ser considerados como um verdadeiro ativo para suas famílias, em vez de passivo, como ocorria no passado. Os idosos entrevistados reportaram ser a família uma das boas coisas da vida. Isso pode sugerir mais uma externalidade da política, ao permitir um convívio menos conflituoso entre as gerações, especialmente, no tocante à distribuição dos recursos disponíveis.

Como já mencionado, uma das preocupações principais dos formuladores de políticas com respeito ao envelhecimento diz respeito à "pressão sobre a previdência" e ao aumento nos gastos de saúde. A situação presente da previdência social brasileira do ponto de vista da sua equação financeira é analisada por Oliveira *et alii*, no Capítulo 12.

Esse capítulo consiste em uma atualização do artigo homônimo publicado na primeira edição deste livro. Mostra que muitas das disfuncionalidades do sistema previdenciário brasileiro, apontadas e comprovadas estatisticamente em 1999, permanecem, apesar das duas reformas que o sistema experimentou nos últimos seis anos. Alguns dos problemas do sistema foram minimizados com as reformas, mas a principal disfuncionalidade ainda é bastante significativa.

O principal problema apontado é que a previdência não aposenta apenas idosos. Em 1998, 91% dos homens que estavam aposentados por tempo de contribuição tinham começado a receber o benefício antes dos 60 anos. Após a reforma, em 2002, essa proporção se reduziu para 84%. As proporções correspondentes para as mulheres foram de 98% em 1998 e 97% em 2002. Na verdade, as reformas conseguiram frear as aposentadorias extremamente precoces, que eram concedidas a indivíduos com menos de 55 anos. Em 1998, correspondiam a 75% das aposentadorias por tempo de contribuição dos homens e 83% das mulheres. Em 2002, as proporções se reduziram para 55% e 76% para homens e mulheres, respectivamente. O Brasil encontra-se entre os poucos países do mundo que ainda oferecem

aposentadoria por tempo de serviço ou contribuição sem um limite mínimo de idade.

Outra preocupação dos formuladores de políticas públicas com o envelhecimento populacional diz respeito aos gastos com a saúde. A visão comum é a de que os idosos apresentam um perfil de morbidade que exige tratamento mais dispendioso do que os demais grupos etários. Isso se deve a, pelo menos, três motivos: a morbidade prevalecente nas faixas etárias mais avançadas requer tratamentos mais caros — são as doenças crônico-degenerativas; as taxas de internação nessas faixas etárias são mais elevadas e o custo médio de internação de pessoas idosas é maior do que aquele observado em faixas etárias mais jovens.

Essas três hipóteses são investigadas no Capítulo 13 por Nunes, que utiliza o custo das internações hospitalares na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) da população de idosos como uma *proxy* dos gastos com saúde dos idosos no Brasil. Os resultados mostram que, pelo menos no que se refere aos procedimentos efetuados pelo SUS, não se verifica a hipótese de que os custos médios dos procedimentos realizados em idosos sejam mais caros do que aqueles das idades mais jovens. Pelo contrário, verificam-se custos decrescentes a partir dos 60 a 64 anos para a população masculina e 65 a 69 anos para a feminina. Ocorre, no entanto, que a taxa de utilização dos serviços pelos idosos é mais alta comparativamente à do restante da população.

A quinta e última parte deste livro compõe-se de quatro capítulos e analisa as condições de vida da população brasileira na última fase da vida. Assume-se que essas são, em parte, determinadas pelas políticas públicas. Inicia-se, no Capítulo 14, com a análise da participação do idoso no mercado de trabalho no período de 1977 a 2002, por Wajnman, Oliveira e Oliveira.

Essa análise tem um caráter diferente das convencionais de mercado de trabalho. A preocupação central não é com a pressão que o idoso possa exercer nesse mercado, mas de obter alguma inferência sobre a sua situação de vulnerabiliade, através de sua participação nas atividades econômicas. Uma característica importante da participação do idoso no mercado de trabalho é a presença dos aposentados. Isso decorre de uma especificidade do sistema previdenciário brasileiro, que não requer o afastamento do aposentado da atividade econômica. Dessa forma, contrariando a tendência do restante do mundo, a taxa de participação dos idosos no mercado de trabalho, ao longo do período analisado, não foi afetada pela expansão da cobertura do sistema previdenciário.

O trabalho mostra, também, uma grande heterogeneidade na participação dos idosos, denotada por diferenciais importantes segundo idade, sexo, situação

de domicílio, região de residência, raça, escolaridade e formas de ocupação. Apontou-se a predominância de idosos nas atividades agrícolas e de serviços, nas posições de conta-própria e sem remuneração, sobretudo para as mulheres do meio rural, e nas ocupações manuais. Entretanto, à medida que estes envelhecem, as ocupações manuais tendem a ceder espaço para as superiores, assim como os trabalhos em tempo integral dão lugar às jornadas mais curtas.

Os idosos mais disponíveis para o trabalho são os mais dependentes do rendimento da atividade econômica: os homens, os negros, os chefes de família, os de menor renda familiar, os não-aposentados e os trabalhadores das ocupações manuais. No entanto, são os trabalhadores de maior nível de escolaridade os que encontram maior probabilidade de se manter ocupados nas idades avançadas.

Neri, Carvalho e Corsi descrevem o processo de acumulação e desacumulação de riqueza ao longo do ciclo da vida no Capítulo 15. A análise do acesso a recursos foi estruturada em três grupos: capital físico (bens duráveis, moradia e serviços públicos), capital humano (escolaridade) e capital social (sindicatos e associações, participação política e estrutura familiar). Assumiu-se que os ativos físicos permitem suavizar eventuais flutuações da renda. Uma proporção maior de idosos possui casa própria em comparação aos demais grupos de idade. A proporção dos primeiros que utilizam serviços públicos cresceu ao longo do período pesquisado.

O acesso a capital humano é fundamental nas etapas iniciais e intermediárias do ciclo da vida, pois possibilita maior acúmulo de capital físico e financeiro, garantindo maior bem-estar no final do ciclo da vida. Nesse sentido, o nível de escolaridade é uma variável importante na explicação das desigualdades na distribuição de renda entre as diferentes gerações. Com relação ao capital social, observou-se que os idosos apresentam menor taxa de adesão a sindicatos e associações não-comunitárias, mesmo quando controlada pelo fato de estarem ocupados. No entanto, participam de forma mais efetiva em associações comunitárias, em particular as religiosas.

O Capítulo 16, também de autoria de Neri *et alii*, investigou o processo de acumulação e desacumulação de recursos financeiros ao longo do ciclo da vida, com ênfase especial na demanda de ativos, crédito e seguro por parte da população idosa. O estudo apresentou uma breve resenha teórica sobre as motivações que levam à demanda por ativos de longo prazo por parte das unidades familiares e uma avaliação empírica de caráter qualitativa acerca dessas motivações.

O ativo financeiro mais popular entre os idosos brasileiros é a caderneta de poupança. Entre a população, são eles os que mais a utilizam, os que possuem o maior número de contas e o maior saldo. O principal motivo apresentado para

aplicar em cadernetas de poupança é o precaucional. Quase a metade dos poupadores idosos o fez explicitamente para se prevenir de eventuais emergências. Isso desmistifica a idéia de que idosos não poupam, só consomem. No entanto, é entre eles que se verifica o maior volume de retiradas.

De uma maneira geral, a evidência relativa aos fluxos de renda do trabalho *versus* outras rendas alternativas demonstra a existência de um forte comportamento suavizador das rendas totais nas idades mais avançadas em todos os níveis educacionais, conforme prevê a teoria do ciclo da vida.

Foi constatado que os idosos apresentam melhores condições objetivas de vida. O capítulo seguinte, também de autoria de Neri *et alii*, busca medir se o custo da cesta de consumo da população idosa é mais elevado do que o do restante da população e como este tem evoluído no tempo. Apresenta uma metodologia desenvolvida para o cálculo do índice de preços específico para as famílias compostas por, pelo menos, 50% de idosos e renda compreendida no intervalo entre 1 a 33 salários mínimos.

Como esperado, as diferenças observadas na composição da estrutura de consumo das famílias são expressivas. Observou-se que as famílias com idosos consomem mais em despesas com saúde, em cuidados pessoais e em despesas diversas. Em termos do impacto dessas diferenças sobre o poder aquisitivo, verificou-se que a inflação medida pelo índice específico para as famílias idosas (IPC-31) para o período 1994-2004 foi superior em 15,5% à do total das famílias medida pelo índice de preços ao consumidor geral (IPC-Br) da Fundação Getulio Vargas. Sintetizando, os dados sugerem que parte dos ganhos monetários obtidos pela população idosa não se traduz em ganhos em renda real pela maior inflação experimentada por ela, ou seja, ser idoso custa mais caro.

Finalmente, nas considerações finais, Camarano especula, tendo em vista o quadro traçado nos 17 capítulos, a respeito das perspectivas para os novos idosos brasileiros ou para os idosos do futuro. Muito além dos 60, mas como?

BIBLIOGRAFIA

BANCO MUNDIAL. *Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote the growth*. Washington, D.C., 1994.

CAMARANO, A. A., MEDEIROS, M. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999.

DEBERT, G. G. Política de atenção à terceira idade. In: MPAS. *Discutindo a assistência social no Brasil*. Brasília, 1997.

__________. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.

GEERTZ, C. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. In: GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Guanabara, 1989.

HELPAGE INTERNATIONAL (ed.). *The ageing and development report: poverty, independence and the world's older population*. Londres, p. 9, 1999.

LASLETT, P. What is old age? Variation over time and between cultures. *International studies in demography: health and mortality among the elderly, issues for assessment*. New York: Oxford University Press, 1996.

LLOYD-SHERLOCK, P. *Ageing, development and social protection: a research agenda*. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2002.

NAÇÕES UNIDAS. *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Madrid, Espanha, 2002 (Resolución, 57/167).

PHILIPSON, C. *Reconstructing old age: new agendas in social theory and practice*. London: Sage Publications, 1998.

TROISI, J. Aging in a changing world: older persons as a resource. In: CALLEJA, J. (ed.). *Meeting the challenges of ageing populations in the developing world*. Malta: Instituto Internacional para o Envelhecimento das Nações Unidas, 1995.

WALKER, A. The social construction of dependency in old age. In: LONEY, M. *et alii*. (eds.). *The state and the market. Politics and welfare in contemporary*. London: Sage, 1990.

PARTE 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO IDOSA

CAPÍTULO 1

COMO VIVE O IDOSO BRASILEIRO?*

Ana Amélia Camarano
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA
Solange Kanso
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA
Juliana Leitão e Mello
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

1 INTRODUÇÃO: O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. No caso brasileiro, pode ser exemplificado por um aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional: de 4% em 1940 para 8,6% em 2000.[1] Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes. Em 1940 era de 1,7 milhão e em 2000, de 14,5 milhões. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos [Beltrão, Camarano e Kanso (2004)].

Além disso, a proporção da população "mais idosa", ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Isso quer dizer que a população considerada idosa também está envelhecendo [Camarano *et alii* (1999)]. Em 2000, esse segmento foi responsável por 12,6% do total da população idosa. Tais alterações levam a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso. Por exemplo, esse grupo etário abrange um intervalo de aproximadamente 30 anos. Compreende pessoas na faixa de 60 anos, que, pelos avanços tecnológicos da medicina, podem estar em pleno vigor físico e mental bem como pessoas na faixa de 90 anos, que devem se encontrar em situações de maior vulnerabilidade.

A heterogeneidade desse segmento extrapola a da composição etária. Dadas as diferentes trajetórias de vida experimentadas pelos idosos, eles têm inserções

* As autoras agradecem a Bruno Negreiros pelo trabalho de tabulação de parte dos dados.

1. Como idoso, está se considerando a população de 60 anos e mais, tal como estabelecido na Política Nacional do Idoso.

distintas na vida social e econômica do país. A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários ou socioeconômicos, traz também demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento.

Segundo Camarano (2002), o crescimento da população idosa é conseqüência de dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, e a redução da mortalidade da população idosa. Por um lado, a queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base. Por outro, a redução da mortalidade trouxe como conseqüência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento.

O envelhecimento da população é acompanhado pelo envelhecimento do indivíduo, de outros segmentos populacionais, como a População Economicamente Ativa (PEA) e as famílias (crescimento do número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso, verticalização das famílias etc.). Esse processo altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade.

Este capítulo está dividido em sete seções, incluindo esta introdução. A Seção 2 trata das características sociodemográficas da população idosa brasileira, investigando a sua composição por sexo, idade, região, raça e estado conjugal, bem como a sua escolaridade. Mortalidade e saúde desse segmento populacional são consideradas na Seção 3. Em seguida, descreve-se a inserção do idoso na família e no mercado de trabalho nas Seções 4 e 5. Na Seção 6 são analisados os rendimentos da população idosa, considerando a sua composição e participação no orçamento familiar. Por fim, na Seção 7 são apresentados os principais resultados.

Os dados utilizados são, basicamente, os provenientes dos censos demográficos. Na Seção 3, estes são complementados com os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, suplemento Saúde, e os provenientes do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/Datasus).

2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

2.1 Ritmo de Crescimento

Desde os anos 1960 o ritmo de crescimento da população brasileira vem diminuindo. A mais elevada taxa de crescimento observada no país de que se tem notícias foi observada na década de 1950, quando se registrou um crescimento anual de 3,1%. A partir daí, essa taxa tem declinado, atingindo valores de 1,6% a.a. nos

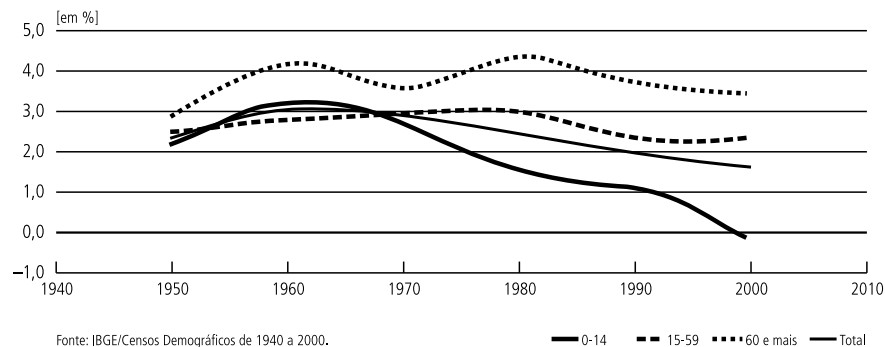
anos 1990. O Gráfico 1 mostra as taxas de crescimento da população brasileira entre 1940 e 2000 por grandes grupos etários: a população de crianças (até 14 anos), a em idade ativa (15 a 59 anos) e a idosa (60 anos e mais).

Desde os anos 1940, as taxas mais altas de crescimento populacional têm sido observadas entre a população idosa, e nos anos 1950, esta já atingira valores superiores a 3% a.a. [Camarano *et alii* (1999)] — entre 1991 e 2000 ela atingiu 3,4%. Essas maiores taxas sugerem que o processo de envelhecimento da população brasileira, se medido pela maior taxa de crescimento do segmento idoso, não é novo.

De acordo com Beltrão, Camarano e Kanso (2004), espera-se que esse contingente atinja a magnitude de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas no ano de 2020, vindo a constituir 14% da população brasileira. Isso é resultado de um crescimento a taxas elevadas, conseqüência, em parte, da inércia demográfica, ou seja, uma proporção importante do seu crescimento já está determinada pela estrutura etária atual; os idosos do futuro próximo já nasceram.

Ainda segundo o Gráfico 1, nota-se que o ritmo de crescimento dos outros dois segmentos populacionais, de crianças e em idade ativa, apresentaram uma tendência de queda ao longo do período, mais acentuada para o grupo jovem. Nos anos 1990, esse subgrupo apresentou taxas negativas de 0,16% a.a.

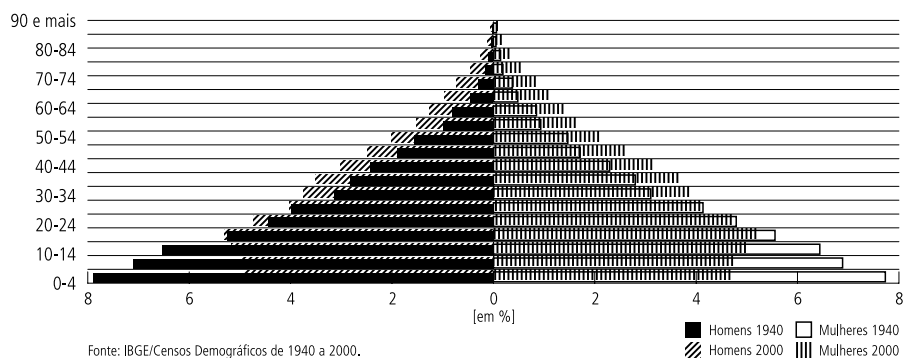
GRÁFICO 1
BRASIL: TAXAS DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO SEGUNDO OS GRANDES GRUPOS ETÁRIOS — 1940-2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1940 a 2000.

2.2 Composição por Idade, Sexo, Raça e Estado Conjugal

2.2.1 Composição por idade

Uma das formas mais utilizadas de se visualizar o envelhecimento de uma população é através da pirâmide etária, mostrada no Gráfico 2. Esta apresenta a distribuição etária por sexo da população brasileira em 1940 e 2000. O movimento de envelhecimento pode ser reconhecido pelo estreitamento da base e alargamento do

GRÁFICO 2
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA POR SEXO — 1940-2000

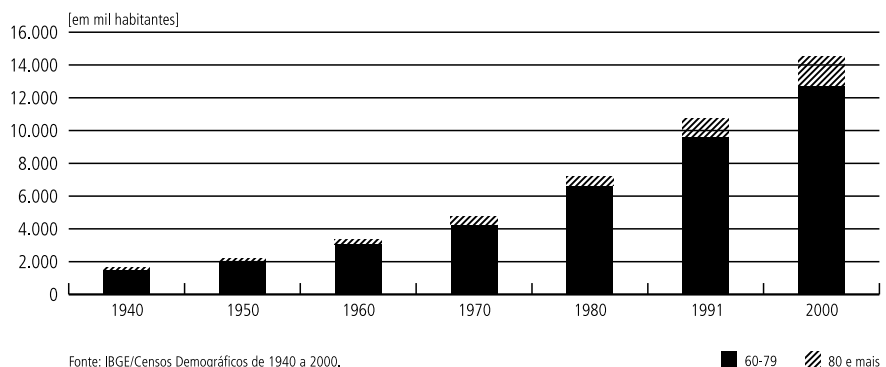
Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1940 a 2000.

topo da pirâmide. Este último foi mais expressivo entre as mulheres. Um dos resultados é a maior proporção de mulheres dentro do segmento idoso.

Como foi dito, o intervalo etário que define a população idosa é bastante amplo, o que resulta em uma população muito heterogênea. Por essa razão, objetiva-se desagregar esse segmento por idade, sexo, raça e estado conjugal e observar os aspectos que os diferenciam.

É comum desagregar esse segmento populacional em dois subgrupos etários: de 60 a 79 anos e de 80 anos e mais. Os avanços da medicina e da tecnologia levaram a um aumento da sobrevida dos indivíduos. Com isso, o grupo de 80 anos e mais, chamado de "mais idoso", passou a ter maior representatividade dentro do segmento idoso.

O Gráfico 3 mostra a evolução, em termos absolutos, da população idosa brasileira entre 1940 e 2000. O segmento de mais de 80 anos também está representado.

GRÁFICO 3
BRASIL: POPULAÇÃO IDOSA — 1940-2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1940 a 2000.

Observa-se que esse cresce a um ritmo relativamente maior do que o da população idosa. Era responsável por cerca de 10% da população idosa em 1940 e em 2000 passou a responder por 13%.

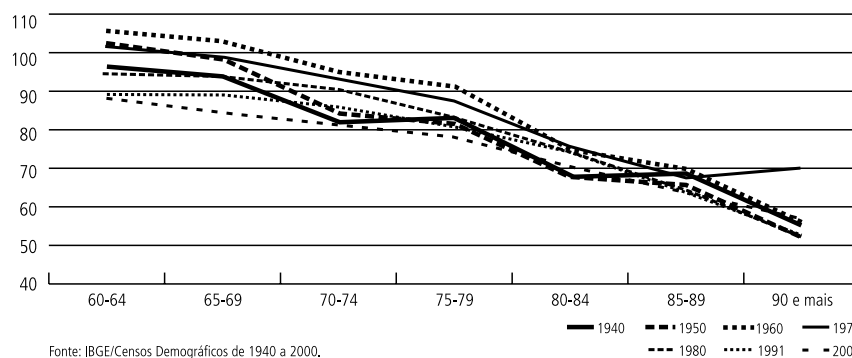
2.2.2 A feminização da velhice

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Considerando a população idosa como um todo, observa-se que 55% dela são formados por mulheres. Quando desagregada pelos subgrupos de idade, a diferença entre essas proporções aumenta, principalmente entre os mais idosos. O Gráfico 4 apresenta a razão de sexo[2] da população idosa por subgrupos etários.

A proporção do contingente feminino é mais expressiva quanto mais idoso for o segmento, fato este explicado pela mortalidade diferencial por sexo. Isso leva à constatação de que "o mundo dos muito idosos é um mundo das mulheres" [Carstensen e Pasupathi, *apud* Goldani (1999)]. A prevalência de mulheres também se tornou mais expressiva ao longo das décadas. Embora tenha apresentado um aumento no período compreendido entre 1940 e 1960, a tendência da razão de sexos foi de queda acentuada nas décadas seguintes.

A predominância feminina entre os idosos se dá nas áreas urbanas. Nas rurais, predominam os homens. A maior participação das mulheres no fluxo migratório rural urbano explica essa diferença [Camarano (2003) e Bercovich (1993)]. Isso implica necessidades distintas de cuidados para a população idosa. Por exemplo, é reconhecido que a predominância masculina nas áreas rurais pode resultar em isolamento e abandono das pessoas idosas [Camarano *et alii* (1999) e Saad (1999)].

GRÁFICO 4
BRASIL: RAZÃO DE SEXOS DA POPULAÇÃO IDOSA POR GRUPOS DE IDADE — 1940-2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1940 a 2000.

2. Razão entre o número de homens e mulheres de uma dada população.

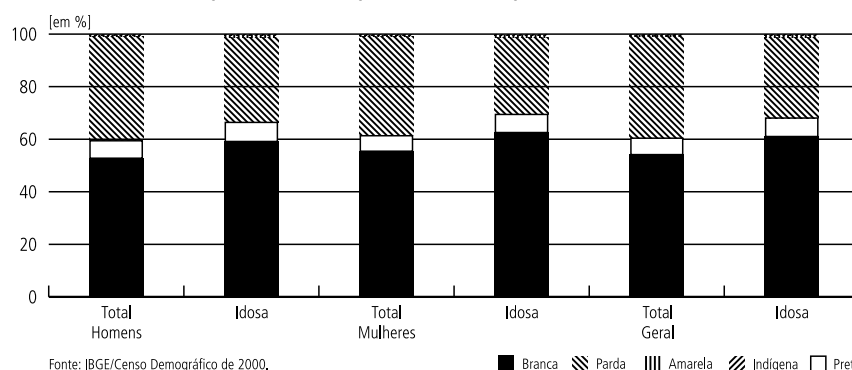
De acordo com Lloyd-Sherlock (2002), mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero. Por exemplo, mulheres idosas experimentam uma probabilidade maior de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa. A maioria das idosas brasileiras de hoje não teve um trabalho remunerado durante a sua vida adulta. Além disso, embora vivam mais do que os homens, passam por um período maior de debilitação física antes da morte do que eles [Nogales (1998)]. Por outro lado, são elas que participam, mais do que os homens, de atividades extradomésticas, de organizações e movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens e trabalho remunerado temporário. Ao contrário do que fizeram na sua vida adulta, assumem, progressivamente, o papel de chefes de família e de provedoras [Camarano (2003)]. Já homens mais velhos têm maiores dificuldades de se adaptar à saída do mercado de trabalho [Goldani (1999) e Simões (2004)].

2.2.3 Composição por cor ou raça

A distribuição da população idosa por cor/raça em 2000 não se diferenciou da distribuição da população como um todo, em que há predominância da população de cor branca, seguida pela parda. Dos 14,5 milhões de idosos, 8,8 milhões eram brancos, cerca de 1 milhão eram negros e 4,4 milhões eram pardos, o que corresponde, respectivamente, a 60,7%, 7,0% e 30,7% da população idosa. Os amarelos e indígenas constituem uma parcela pequena da população idosa, 1,2% (ver Gráfico 5).

Comparadas aos homens, as mulheres idosas apresentam uma proporção mais elevada de brancas e uma bem menor de pardas e pretas (ver Gráfico 5), o que pode ser explicado pelos diferenciais de mortalidade por raça. Além disso,

GRÁFICO 5
BRASIL: COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO POR COR/RAÇA — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

Camarano (2003) levantou a possibilidade da existência de um problema de enumeração nas informações desagregadas por cor/raça por serem essas resultados de autodeclaração.

A Tabela 1 apresenta a evolução da proporção de população idosa por cor/raça entre 1980 e 2000. Como esperado, as referidas proporções cresceram em todos os grupos raciais considerados, mas em ritmo diferenciado. As maiores proporções de idosos são observadas entre os amarelos (16,6%), seguidas dos brancos e pretos (9,6%). A mais baixa foi verificada entre os pardos. Em relação à elevada proporção de idosos pretos em 1991, Bercovich (1993) salienta que desde 1980 a pirâmide da população preta apresentava uma base estreita compatível com uma queda recente da fecundidade.

TABELA 1
BRASIL: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA POR COR/RAÇA — 1980, 1991 E 2000

Cor/raça	1980	1991	2000
Branca	6,7	8,3	9,7
Preta	7,2	8,8	9,6
Parda[a]	5,0	5,8	6,8
Amarela	8,8	12,6	16,6
Indígena		6,6	8,4

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2000.

[a] Em 1980 a cor/raça parda incluiu: mulata, mestiça, índia, cabocla, mameluca, cafuza etc.

2.2.4 Composição por estado conjugal

A Tabela 2 mostra a distribuição percentual da população idosa por estado conjugal e sexo para os anos de 1940, 1970, 1991 e 2000. Observou-se um aumento na proporção de separados, desquitados e divorciados ao longo do período analisado. Em 1940, entre os homens idosos apenas 0,5% se declarou separado e entre as mulheres, esse percentual foi de 0,3%. Em 2000, a referida proporção para a população idosa masculina foi de 6,2% e para a feminina, de 11,8%.

As mulheres idosas predominam entre as viúvas. Em 1940, a proporção de idosas nessa condição era duas vezes mais elevada do que a de idosos e, em 2000, essa diferença passou a ser 3,4 vezes maior. Isso se deve a dois fatores: a maior longevidade da mulher e o recasamento, mais freqüentemente observado entre os homens idosos [Camarano (2003)]. A proporção de mulheres idosas viúvas decresceu

TABELA 2
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO IDOSA POR ESTADO CONJUGAL E SEXO — 1940-2000

Estado civil	1940		1970		1991		2000	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Casados	68,8	28,9	77,5	36,5	80,1	41,5	77,3	40,8
Separados, desquitados e divorciados	0,5	0,3	2,3	3,1	3,8	6,1	6,2	11,8
Viúvos	20,7	56,2	14,6	51,1	10,9	43,3	12,4	40,8
Solteiros	10,0	14,4	5,4	9,2	5,2	9,2	4,0	6,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1940, 1970, 1991 e 2000.

entre 1940 e 2000. A proporção de viúvos por sua vez apresentou um contínuo decréscimo entre 1940 e 1991, tendo observado um aumento na última década.

A proporção de idosos casados[3] cresceu entre ambos os sexos, principalmente entre as mulheres. Em 1940, aproximadamente 30% das idosas eram casadas, proporção esta que passou para 41% em 2000. Entre os homens, a tendência também foi de aumento entre 1940 e 1991. Entre 1991 e 2000, observou-se uma ligeira redução na referida proporção, de 80% para 77%. A redução da mortalidade nas idades adultas deve ter contribuído para uma diminuição da viuvez e um aumento na proporção de casados. Em contrapartida, a proporção de solteiros diminuiu no período, mais acentuadamente entre os homens.

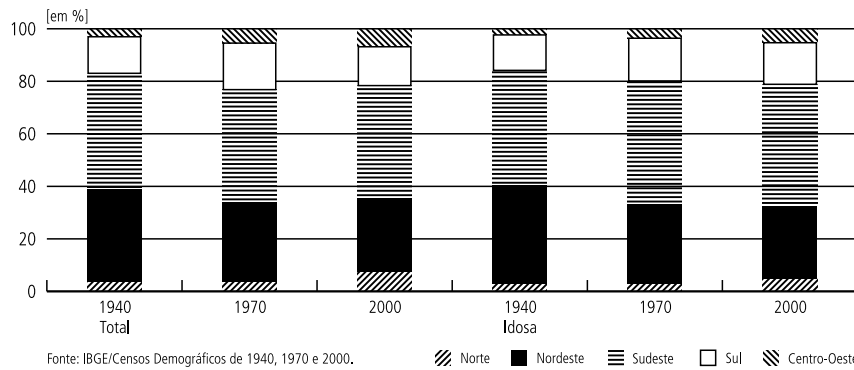
2.3 Distribuição Espacial

Em 2000, a população brasileira estava concentrada nas regiões Nordeste e Sudeste (70,8%) e nas áreas urbanas (81,3%). Entre 1940 e 2000, a população urbana cresceu 4,0% a.a. e a rural, 0,2% a.a. Isso se deve principalmente ao êxodo rural, ainda expressivo, e também à definição de urbano utilizada pelo IBGE, que é afetada pela criação de novos municípios.

O Gráfico 6 compara a distribuição regional da população total e da população idosa em alguns anos selecionados. A população idosa também se concentra nas duas regiões mencionadas, de forma ainda mais marcante. Em 2000, a região Nordeste foi responsável por cerca de 28% desse segmento e a Sudeste, por 46%.

3. Inclui os casamentos no civil e/ou religioso, bem como as uniões consensuais. Parte desse crescimento pode estar refletindo mudanças na forma de captação das informações feitas pelos censos demográficos.

GRÁFICO 6
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÕES — 1940, 1970 E 2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1940, 1970 e 2000.

Comparando com 1940, observa-se que a proporção de idosos residindo na região Nordeste declinou em 10 pontos percentuais e a de residentes nas demais regiões aumentou. Comparando com 1970, observa-se que as referidas proporções só aumentaram nas regiões Norte e Centro-Oeste.

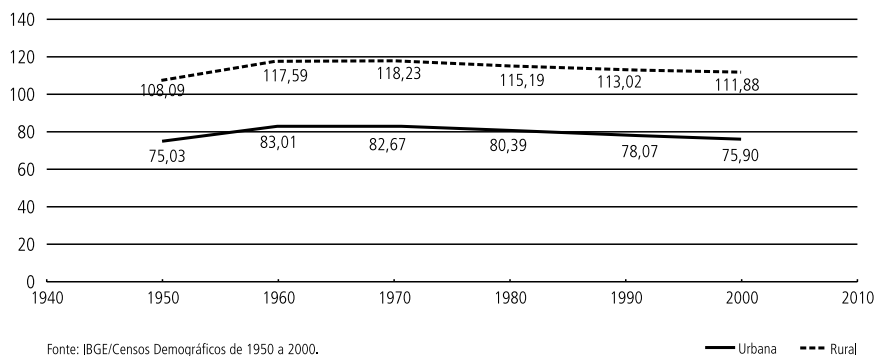
Tem-se observado, também, uma concentração da população idosa nas áreas urbanas, o que tem ocorrido de forma ligeiramente mais intensa do que no restante da população, conforme mostra a Tabela 3. Desde os anos 1970, têm sido as mulheres as responsáveis pelo aumento da concentração de idosos nas áreas urbanas. Em 2000, a razão de sexos da população idosa variou entre 75,9% nas áreas urbanas e 111,9% nas rurais. Nessas últimas, a razão de sexos tem sido ligeiramente declinante (ver Gráfico 7). Embora as diferenças entre a mortalidade rural e a

TABELA 3
BRASIL: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDINDO NAS ÁREAS URBANAS — 1950-2000

	Total		Homens		Mulheres	
	Todas as idades	Idosos	Todas as idades	Idosos	Todas as idades	Idosas
1950	36,2	43,8	34,7	39,2	37,7	48,1
1960	44,9	51,5	43,3	47,2	46,5	55,8
1970	55,9	61,6	54,5	57,2	57,4	65,7
1980	67,6	69,4	66,4	65,4	68,8	73,0
1991	75,6	76,7	74,3	73,1	76,9	79,7
2000	81,2	81,4	80,0	78,1	77,6	84,0

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1950 a 2000.

GRÁFICO 7
BRASIL: RAZÃO DE SEXOS SEGUNDO A SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO — 1950-2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1950 a 2000.

urbana não sejam muito acentuadas, os seus níveis mais elevados no meio rural não podem ser descartados como um dos fatores responsáveis pelo maior contingente de sobreviventes idosos nas cidades. No entanto, é a migração rural-urbana com o predomínio da população feminina que deve explicar a maior parte desse processo [ver Camarano e Abramovay (1998)].

2.4 Escolaridade

Foram observados importantes avanços nos níveis educacionais da população brasileira entre 1940 e 2000: aumentou a proporção de pessoas alfabetizadas, bem como o número médio de anos de estudo. No entanto, apesar de ganhos absolutos e relativos, verificam-se diferenciais expressivos entre os grupos etários e regiões.

A proporção de idosos alfabetizados teve um aumento significativo, mais intensamente entre as mulheres (ver Tabela 4). Entre os homens, o aumento foi de 59% e, entre as mulheres, de 146%. Em 1940, 74,2% da população idosa feminina eram analfabetos e, em 2000, essa fração caiu para aproximadamente 1/3. Apesar de os ganhos no período terem sido mais significativos entre as mulheres, são os homens idosos que se encontram em melhores condições de alfabetização: 68,9%. Entre as mulheres, a proporção comparável é de 63,4%.

O número médio de anos de estudo da população idosa também aumentou. A Tabela 4 mostra a melhora ocorrida entre 1960 e 2000 por sexo e para dois grupos etários: a população entre 15 e 59 anos e a população idosa. Dois movimentos foram observados nessa década: entre a população de 15 a 59 anos, a escolaridade tem crescido mais entre as mulheres e, entre os idosos, são os homens que apresentaram maiores ganhos de escolaridade. Isso reflete um efeito coorte, ou seja, a maior freqüência à escola.

TABELA 4
BRASIL: ALFABETIZAÇÃO E NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO MÉDIO DA POPULAÇÃO IDOSA — 1940-2000

Ano	Homens		Mulheres	
	Alfabetização (sabe ler e escrever)	Número médio de anos de estudo	Alfabetização (sabe ler e escrever)	Número médio de anos de estudo
Não-idosos (15 anos ou mais)				
1940[a]	60,4	-	48,2	-
1950	55,3	-	45,3	-
1960[b]	67,7	4,1	59,2	4,0
1970	70,4	4,8	65,1	4,7
1980	78,4	5,2	76,1	5,2
1991	83,2	6,4	84,0	6,5
2000	89,4	7,1	90,7	7,4
Idosos				
1940[a]	43,2	-	25,8	-
1950	45,8	-	28,9	-
1960[b]	54,6	4,0	37,0	4,0
1970	54,4	4,3	39,0	4,2
1980	55,7	4,4	43,7	4,3
1991	60,7	4,5	53,0	4,3
2000	68,8	5,0	63,4	4,8

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1940 a 2000.
[a] Para a proporção de alfabetizados o primeiro grupo etário é de 10 a 19 anos.
[b] Para a proporção de alfabetizados o último grupo etário é de 55 a 64 anos.

3 SAÚDE: MORTALIDADE E AUTONOMIA FÍSICA

Esta seção analisa as condições de saúde da população idosa através dos seus níveis de mortalidade, padrão de causas de morte e condições de autonomia física no que se refere ao tipo e à graduação da deficiência declarada. As fontes dos dados são o Censo Demográfico de 2000, a PNAD de 1998 e o SIM/Datasus.

3.1 Níveis de Mortalidade

O declínio expressivo da mortalidade geral e a queda da fecundidade resultaram em uma alteração no padrão de mortalidade ao longo do século, conhecida como transição epidemiológica.[4] De modo geral, a transição epidemiológica caracteriza-se, inicialmente, por uma redução acentuada das taxas de mortalidade infantil por

4. Para uma discussão sobre o tema, ver Omran (1977), Frenk *et alii* (1989) e Caselli e Lopez (1996).

doenças infecto-contagiosas e parasitárias. A partir daí, a queda da mortalidade passa gradativamente a incidir nos grupos populacionais em idades cada vez mais avançadas e o padrão de causas de morte se altera. A análise aqui empreendida está focalizada no período 1980-2000, em face da disponibilidade de dados.

A esperança de vida da população masculina brasileira passou de 58,5 anos para 67,5 entre 1980 e 2000. A população feminina experimentou ganhos mais elevados que a masculina, de cerca de 11 anos, aproximando-se de 76 anos, como se pode ver na Tabela 5. Os ganhos na esperança de vida são resultado, principalmente, da redução na mortalidade infanto-juvenil e estão revelando que mais pessoas sobrevivem a uma determinada idade. Essa redução foi seguida por uma queda, também significativa, da mortalidade nas idades adultas, que a partir dos anos 1990 atingiu mais intensamente a população idosa. Todos esses movimentos resultaram em um aumento expressivo da esperança de vida ao nascer.

As mulheres experimentam uma esperança de vida maior do que a masculina, diferença que vem aumentando ao longo do tempo. Em 1980, era de 6,1 anos e em 2000 passou para 8,4 anos. Do ponto de vista relativo, na década de 1980, a esperança de vida ao nascer apresentou um ganho maior entre as mulheres e, na década de 1990 entre os homens (ver Tabela 5). Tais ganhos devem-se, segundo Sawyer (1991), aos progressos técnicos da medicina e às transformações socioeconômicas, políticas e sanitárias. Entre esses, destacam-se os programas desenvolvidos para diminuir a mortalidade infantil no âmbito nacional e no internacional, mais atuantes nas décadas de 1980 e 1990.

Ganhos na esperança de vida ao nascer podem ocorrer sem que se verifique um adiamento na idade média ao morrer. No caso brasileiro, além dos ganhos na esperança de vida, verificou-se também um aumento na idade média ao morrer[5] (Tabela 5).

TABELA 5

BRASIL: ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (e_0), AOS 60 ANOS (e_{60}) E IDADE MÉDIA AO MORRER POR SEXO — 1980, 1991 E 2000

	Homens			Mulheres		
	1980	1991	2000	1980	1991	2000
e_0	58,51	62,18	67,52	64,61	70,76	75,89
e_{60}	15,64	16,54	19,72	17,48	19,77	23,11
Idade média ao morrer	61,41	65,02	65,67	63,86	67,34	68,57

Fontes dos dados brutos: IBGE/Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2000; e Ministério da Sáude (SIM).

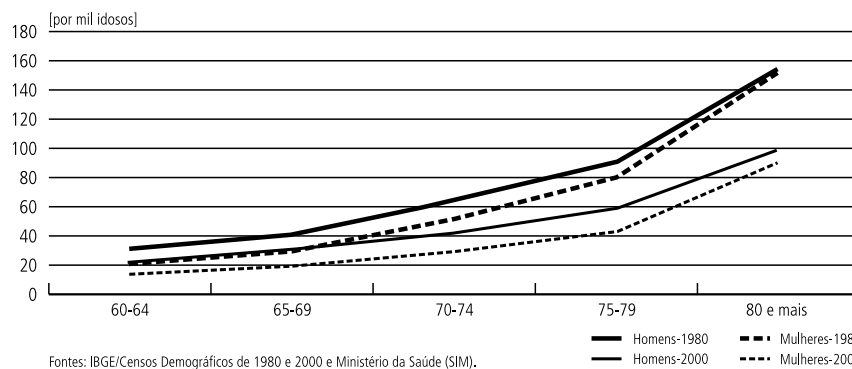
5. Esse indicador é afetado, também, pela distribuição etária da população em estudo.

Os ganhos na idade média foram inferiores aos observados para a esperança de vida ao nascer. Este foi mais elevado para as mulheres relativamente aos homens. Em ambos os casos, foi mais expressivo na década de 1980. Em 2000, um homem morria, em média, aos 65,7 anos, 4,2 anos mais tarde do que em 1980. Já as mulheres morriam, no final do século, 4,7 anos mais tarde do que em 1980 — aos 68,6 anos.

Na década de 1990, observou-se uma aceleração na redução da mortalidade da população idosa, principalmente da masculina. O Gráfico 8 apresenta as taxas específicas de mortalidade (por faixas etárias) da população idosa. Percebe-se que nos dois períodos considerados, e para ambos os sexos, a queda mais acentuada ocorreu entre o segmento de 70 e 79 anos. Nos anos 1980, a variação foi mais intensa entre as mulheres e, nos anos 1990, não se verificaram diferenças importantes entre os sexos nesta variação.

Como conseqüência da redução da mortalidade na população idosa, a esperança de vida masculina aos 60 anos passou de 15,6 para 19,7 anos e a feminina passou de 17,5 para 23,1 anos entre 1980 e 2000 (ver Tabela 5). Em ambos os casos, os maiores ganhos foram verificados na década de 1990. Diferenciais expressivos entre homens e mulheres são também observados na esperança de vida aos 60 anos. Estes cresceram no período tanto em termos absolutos quanto relativos.

GRÁFICO 8
BRASIL: TAXAS ESPECÍFICAS DA MORTALIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA — 1980 E 2000

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

3.2 As Causas de Morte entre a População Idosa

Além da redução dos níveis de mortalidade da população brasileira no período considerado, observou-se também uma alteração no perfil das causas de morte. Verificou-se uma elevação na proporção de óbitos típicos de uma população mais envelhecida. Entre eles, citam-se aqueles por doenças cardiovasculares, neoplasias

e doenças respiratórias. Observou-se também um aumento absoluto e relativo da mortalidade por causas externas, que atinge mais a população jovem. Por outro lado, verificou-se uma queda na participação das mortes por doenças infecciosas e parasitárias no total de mortes da população brasileira. Em 1980, elas representavam 9,2% do total de mortes, sendo a quarta principal causa de mortes do país. Em 2000, elas passaram a ser responsáveis por 4,5% do total de óbitos, sendo a oitava causa em importância no total de óbitos [Beltrão, Camarano e Kanso (2004)].

As doenças do aparelho circulatório continuam como as principais causas de morte da população brasileira como um todo desde 1980. Foram responsáveis, em 2000, por 26,5% do total de óbitos registrados no ano. A proporção de mortes decorrentes de neoplasias cresceu de 8,8% para 12,3% do total de óbitos, passando da quinta para a terceira causa de morte. Tal situação tem relação com o processo de envelhecimento da população brasileira [Beltrão, Camarano e Kanso (2004)].

O perfil de causas de morte entre os idosos não apresentou mudanças significativas no período considerado. Observou-se um aumento na proporção de óbitos por neoplasias e doenças do aparelho respiratório em ambos os sexos (ver Tabela 6), mas elas continuaram a ser classificadas como as terceira e quarta causas, respectivamente, de morte da população idosa brasileira. Do total de óbitos masculinos, em 1980, cerca de 12,3% foram decorrentes de neoplasias, proporção que passou para 15,7% em 2000. Entre as mulheres, a incidência é relativamente menor, tendo a referida proporção assumido os valores de 10,5% do total de óbitos em 1980 e de 13,2% em 2000. Observa-se que tanto a proporção de óbitos decorrentes das "doenças do aparelho circulatório" quanto os "sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte" registraram uma queda para ambos os sexos.

Dadas as variações listadas, as principais causas de morte observadas em 2000 foram: doenças do aparelho circulatório (35,5% dos óbitos masculinos e 38,2% dos femininos); sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (16,8% para ambos os sexos); neoplasias; doenças do aparelho respiratório; e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (6,4%) (ver Tabela 6). Essas causas de morte foram responsáveis por 85,5% dos óbitos de idosos do sexo masculino e entre as idosas o percentual foi de 87,6%, o que mostra que não há diferenças expressivas entre os sexos, nem quando as informações são desagregadas por idade. Apesar de registrarem as maiores variações positivas, os óbitos devido às "doenças endócrinas nutricionais e metabólicas" são responsáveis por uma pequena parcela do total de óbitos.

TABELA 6

BRASIL: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ÓBITOS DA POPULAÇÃO IDOSA POR SEXO E GRUPOS DE IDADE, SEGUNDO AS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE[a] — 1980, 1991 E 2000[b]

	Homens				Mulheres			
	1980	1991	2000	Variação[d]	1980	1991	2000	Variação[d]
60 anos ou mais								
Doenças do aparelho circulatório	42,6	38,1	35,5	–16,7	46,8	41,8	38,2	–18,4
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte[c]	22,4	21,2	16,8	–25,2	22,6	21,4	16,8	–25,6
Neoplasias (tumores)	12,3	13,7	15,7	27,6	10,5	11,9	13,2	25,7
Doenças do aparelho respiratório	7,6	10,2	12,6	65,4	6,5	8,8	11,5	75,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,5	3,3	5,0	102,9	4,1	5,5	7,9	93,3
60 a 79 anos								
Doenças do aparelho circulatório	42,2	38,7	36,1	–14,5	45,4	41,3	37,7	–17,1
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	20,9	18,5	17,6	–15,7	22,6	18,2	14,0	–38,1
Neoplasias (tumores)	13,5	15,5	14,3	6,0	12,6	15,0	17,0	34,5
Doenças do aparelho respiratório	7,2	9,4	11,2	56,8	6,0	7,7	9,7	63,1
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,6	3,5	5,2	103,6	4,6	6,3	8,9	96,2

(continua)

(continuação)

	Homens				Mulheres			
	1980	1991	2000	Variação[d]	1980	1991	2000	Variação[d]
80 e mais								
Doenças do aparelho circulatório	44,0	36,8	34,0	–22,7	49,8	42,5	38,9	–21,8
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	28,0	28,5	22,6	–19,5	26,2	26,5	20,8	–20,5
Neoplasias (tumores)	7,8	8,7	11,1	42,9	5,9	6,7	7,9	33,3
Doenças do aparelho respiratório	9,2	12,5	15,8	71,4	7,8	10,6	14,0	78,9
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,1	2,9	4,5	112,7	3,0	4,2	6,4	110,2

[a] As causas de morte foram ordenadas segundo sua freqüência em 2000 para o total de idosos.

[b] Cabe ressaltar que os anos de 1980 e 1991 referem-se à Classificação Industrial de Doenças. 9ª Revisão (CID-9) e o ano de 2000, à CID-10. Portanto, a comparação entre os anos não é direta, já que houve alterações significativas entre a 9ª e a 10ª revisão.

[c] As informações em 1980 e 1991 são da CID-9 onde o capítulo equivalente é: "sintomas, sinais e afecções mal definidas".

[d] A variação foi calculada da seguinte forma: (2000/1980) – 1.

TABELA 7
BRASIL: IDADE MÉDIA E IDADE MEDIANA DO ÓBITO POR SEXO E CAUSAS DE MORTE — 1980, 1991 E 2000

	Idade média		Idade mediana	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
1980				
Neoplasias	71,5	72,3	70,5	71,1
Aparelho circulatório	73,6	76,0	72,5	74,9
1991				
Neoplasias	72,0	72,9	70,9	71,7
Aparelho circulatório	74,0	76,7	72,8	75,9
2000				
Neoplasias	73,1	73,8	71,9	72,4
Aparelho circulatório	74,7	77,4	73,4	76,3

Fonte dos dados brutos: Ministério da Saúde (SIM).

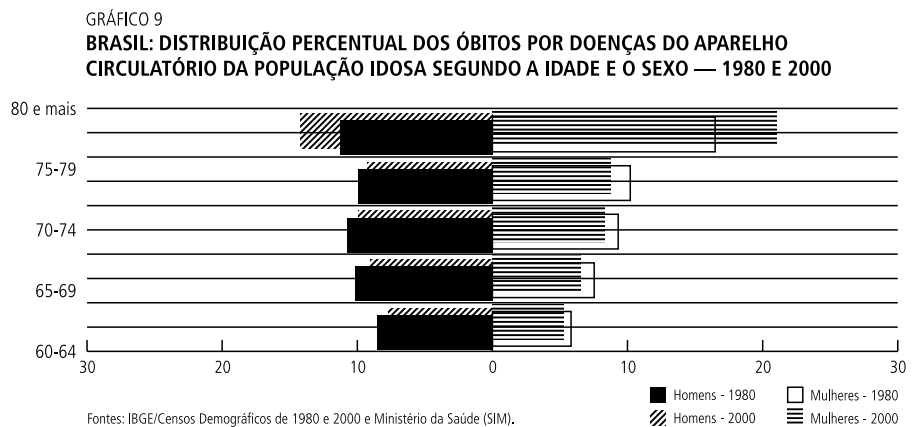
3.2.1 Doenças do aparelho circulatório

Doenças do aparelho circulatório têm sido a principal causa de morte entre a população idosa em quase todo o mundo e são, também, as que têm experimentado o maior decréscimo [Caselli e Lopez (1996)]. A sua participação relativa no total de óbitos brasileiros tem decrescido ao longo do período. Em 1980, foram responsáveis por cerca de 46,8% do total de mortes da população idosa e, em 2000, por 36,8%. Quando desagregado por idade (60 a 79 anos e 80 anos e mais), a distribuição percentual de óbitos não se mostra muito diferente da média dos idosos (ver Tabela 6).

A diminuição da proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório deve-se, também, à redução efetiva dos níveis de mortalidade por essa causa. A taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, para ambos os sexos, caiu de 17,9 óbitos por 1.000 em 1980 para 13,3 por 1.000 em 2000. É possível observar também uma diferenciação na incidência de óbitos por doenças do aparelho circulatório no interior da população idosa. Analisando a proporção de mortes segundo essa causa por grupos de idade entre 1980 e 2000, observa-se que ela diminui entre o subgrupo com menos de 80 anos e aumenta a partir daí. Isso ocorre especialmente entre as mulheres, como mostra o Gráfico 9.

Conseqüentemente, a idade média ao morrer por essa causa de morte passou de 73,6 anos em 1980 para 74,7 em 2000 entre os homens e de 76,0 anos para

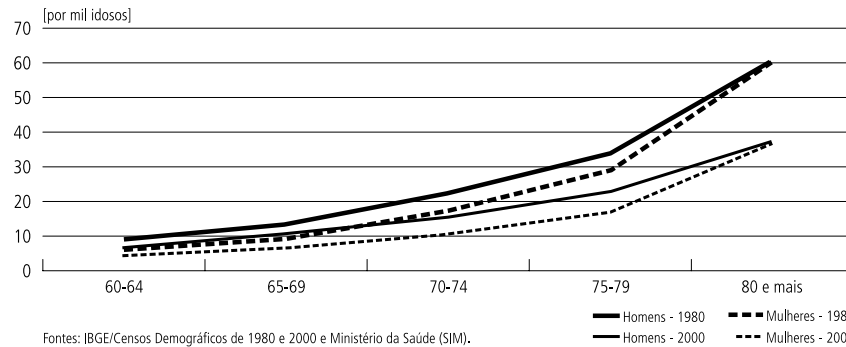
GRÁFICO 9
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ÓBITOS POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO DA POPULAÇÃO IDOSA SEGUNDO A IDADE E O SEXO — 1980 E 2000

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

77,4 entre as mulheres. A idade mediana ao morrer experimentou um aumento de 0,9 ano entre os homens e de 1,5 ano entre as mulheres (ver Tabela 6).

Tal fato parece estar relacionado ao aumento dos cuidados médicos envolvendo diagnósticos e tratamentos mais eficazes para as pessoas com propensão a desenvolver doenças cardiovasculares, ou seja, à medida que os idosos tornam-se mais assistidos pelos serviços de saúde, com consultas mais regulares, privilegiando a prevenção e centrando esforços em diagnósticos e tratamentos mais precisos, experimentam ganhos na sua esperança de vida. O estilo de vida também é condição importante para a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares. Isso sugere a existência de um espaço para a continuação da queda da mortalidade da população idosa, o que é analisado em outro capítulo deste livro por Camarano, Kanso e Mello.

O diferencial entre homens e mulheres nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares é elevado, principalmente nas idades mais jovens (ver Gráfico 10). No período considerado, as taxas de mortalidade por essa causa de morte caíram em todas as faixas etárias. A queda mais expressiva ocorreu entre as mulheres de 60 e 79 anos; foi de 42,3%. A sua taxa de mortalidade foi de 12,3 óbitos por 1.000 em 1980 e passou para 7,1 por 1.000 em 2000. Entre as mulheres com mais de 80 anos, a taxa de mortalidade passou de 60,4 para 36,8 por 1.000, resultando em uma queda de 39% no período estudado. Entre os homens desse grupo etário, a taxa de mortalidade passou de 60,5 óbitos por 1.000 em 1980 para 37,4 em 2000. Já a taxa de mortalidade dos idosos de 60 e 79 anos declinou de 16 óbitos por 1.000 para 10,7 no mesmo período.

GRÁFICO 10
BRASIL: TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO SEGUNDO SEXO — 1980 E 2000

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

3.2.2 Causas externas

Apesar de as causas externas não se situarem entre as cinco principais causas de morte da população idosa, uma análise mais detalhada sobre seu impacto na mortalidade desse segmento foi feita, reconhecendo que a mortalidade por esse tipo de causa permite algumas inferências sobre o cotidiano dos idosos no Brasil.

Na categoria causas externas estão incluídas as mortes decorrentes de acidentes de transporte público, de trânsito, de quedas, de homicídios, de afogamentos e envenenamentos. Muitas dessas causas estão relacionadas diretamente com a circulação dos idosos pelos espaços públicos que, apesar das leis existentes com o intuito de normatizá-los, são ainda bastante inadequados. À medida que os idosos passam a utilizar mais o espaço da rua no seu cotidiano, tornam-se mais suscetíveis e vulneráveis a acidentes. Da mesma forma, passam a ficar mais expostos aos riscos da violência urbana.

Outras causas de mortes desse grupo referem-se ao espaço doméstico. Parte dos acidentes e traumas sofridos pelos idosos nos espaços públicos e privados pode ser resultado da baixa valoração que eles têm na sociedade brasileira. Isso resulta na falta de ações que poderiam minimizar as violências de várias ordens a que estão submetidos quando no espaço público [Minayo (2003)]. No cumprimento de suas tarefas diárias, muitos idosos em situação de fragilidade física podem ser vítimas de acidentes domésticos. Outra dimensão dos traumas ocorridos na esfera doméstica diz respeito aos maus tratos sofridos por muitos idosos por parte de parentes e empregados. Minayo (2003) cita, também, a falta de vigilância e fiscalização de asilos e, no espaço doméstico, os conflitos intergeracionais.

As mortes por causas externas entre os idosos brasileiros representaram 2,6% dos óbitos de idosos registrados em 2000. Essa proporção não tem sofrido alterações

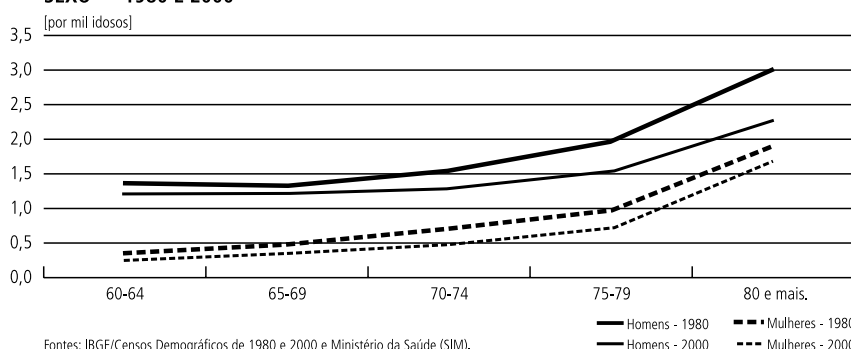
expressivas nos últimos 20 anos — em 1980 e 1991 foi de 2,7%. A incidência desse tipo de causa de morte é diferenciada entre homens e mulheres. Os primeiros são mais afetados que as últimas. Entre os homens idosos, as mortes decorrentes de causas externas foram responsáveis por 3,3% do total de óbitos, enquanto entre as mulheres idosas elas contribuíram com 1,8% em 2000.

O percentual por sexo também não mostrou variação importante entre 1980 e 2000. No interior do segmento populacional de idosos também se observam variações importantes. A incidência de mortes por causas externas é maior entre os idosos mais novos, ou seja, aqueles que se encontram entre 60 e 80 anos. São responsáveis por aproximadamente 3% das causas de mortes desse grupo etário e por 1,9% entre os maiores de 80 anos. Esse padrão se mantém inalterado desde 1980.

As taxas de mortalidade por causas externas declinaram em todas as faixas etárias e sexo entre 1980 e 2000, conforme ilustra o Gráfico 11. Entre os homens, passou de 1,5 óbito por 1.000 idosos, em 1980, para 1,4 em 2000, e a queda mais expressiva foi a verificada entre aqueles com mais de 80 anos. Essa taxa passou de 3 óbitos por 1.000 em 1980 para 2,3 em 2000, registrando uma queda de 24,6%. Entre as mulheres, a queda foi ligeiramente mais intensa, mas incidiu sobre uma base bem mais baixa. Em 1980, a taxa de mortalidade foi de 0,67 óbito por 1.000 habitantes e, em 2000, passou para 0,57. A queda mais intensa ocorreu entre as idosas de 60 e 79 anos, cuja taxa passou de 0,55 óbito para 0,35 por 1.000 idosas no mesmo período.

Na desagregação do grupo de causas externas, os acidentes de trânsito e transporte são os responsáveis pela maioria dos óbitos de idosos, embora o seu peso venha decrescendo desde 1980. Estes são, provavelmente, óbitos por atropelamentos. Em 1980, os acidentes de trânsito e transporte representavam 33,1% do

GRÁFICO 11
BRASIL: TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS SEGUNDO IDADE E SEXO — 1980 E 2000

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

total das mortes da população idosa por causas externas e, em 2000, passou a ser responsável por 27,2% (ver Tabela 8).

A proporção de mortes decorrentes de quedas no total de óbitos por causas externas cresceu ligeiramente no período. Passou de 13,6% em 1980 para 14,9% em 2000. No entanto, o maior crescimento proporcional foi o decorrente de homicídios, que em 1980 representavam 7,2% do total de mortes por causas externas da população idosa e passaram a representar 10% em 2000. Os suicídios também apresentam proporções relativamente elevadas, principalmente se se levar em conta que essa deve ser uma causa de morte sujeita a subdeclaração. Em 1980, a referida proporção foi de 6,7% e passou para 7,3% em 2000.

Também são elevados os percentuais referentes aos óbitos por "eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada". Esse subgrupo refere-se às mortes decorrentes de fatos, nos quais não é possível nem aos médicos, nem às autoridades legais, especificar se houve ou não intencionalidade.[6] Os resultados da análise desse subgrupo de causas sugerem a existência de falhas nas notificações das mortes por causas externas entre a população idosa.

TABELA 8
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS SEGUNDO OS SUBGRUPOS DE CAUSAS — 1980-2000

Causas de morte	1980	2000
Acidentes de trânsito e transporte	33,1	27,2
Quedas	13,6	14,9
Eventos cuja intenção é indeterminada[a]	14,5	14,4
Homicídios	7,2	10,4
Suicídios	6,7	7,3
Outras causas externas	19,6	21,3
Total entre os idosos	2,7	2,6
Homens	3,5	3,3
Mulheres	1,9	1,8

Fonte: Ministério da Saúde (SIM).

[a] Referem-se às causas mal definidas no grupo de causas externas, nas quais a informação disponível é insuficiente para agrupá-la como intencional ou acidental.

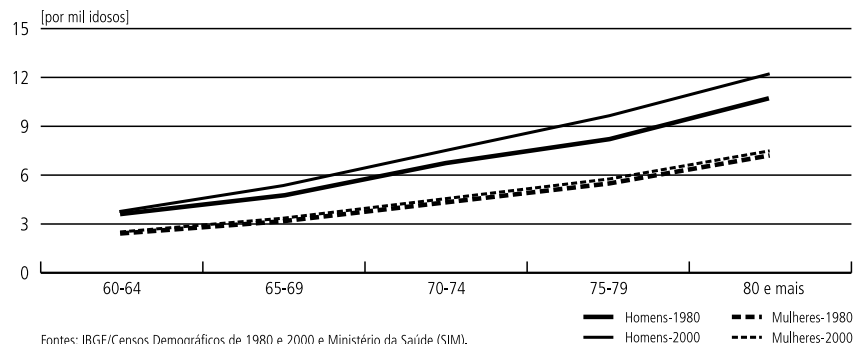
6. A última classificação das doenças (CID-10) desmembrou o subgrupo, abrindo novos itens e realocando causas em outros subgrupos já existentes. É o caso, por exemplo, dos "afogamentos e submersões acidentais" — que antes se encontravam entre os mal definidos e indeterminados e agora se tornou um subgrupo separado — e das mortes decorrentes de descargas elétricas — que compõem, a partir da CID-10, o subgrupo de "outras causas externas". Este último subgrupo, que também apresenta elevados percentuais relativos no período, abrange todas as formas de acidentes naturais e acidentes em casa e na rua.

3.2.3 Neoplasias

Mais importante do que o aumento proporcional da mortalidade por neoplasias entre a população idosa é a elevação no nível de mortalidade por essa causa, em especial entre os homens (ver Gráfico 12). A taxa de mortalidade do conjunto de idosos do sexo masculino passou de 5,5 óbitos por 1.000 idosos em 1980 para 6,5 em 2000, um incremento de 18,2% no período. Tal aumento foi resultado, principalmente, da elevação da taxa de mortalidade de homens com mais de 80 anos de idade, que passou de 10,7 óbitos por 1.000 para 12,2. Entre os homens de 60 e 79 anos, a taxa de mortalidade oscilou em torno de 5,1 por 1.000. Entre as mulheres de 60 e 79 anos, verificou-se uma ligeira queda na taxa de mortalidade por neoplasias — de 3,4 óbitos por 1.000 em 1980, para 3,2 em 2000. Já entre as mulheres de mais de 80 anos a taxa apresentou um pequeno aumento: de 7,2 para 7,5 óbitos por 1.000 idosas.

Sintetizando, o que ocorreu foi um adiamento na idade em que esse segmento populacional morre por neoplasias. A idade média ao morrer para o segmento idoso masculino aumentou de 71,5 anos em 1980 para 73,1 em 2000. Entre as mulheres idosas, a variação foi de 72,3 para 73,8 anos. Variações semelhantes foram encontradas quando se considera a idade mediana (ver Tabela 6).

GRÁFICO 12
BRASIL: TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS SEGUNDO SEXO — 1980 E 2000

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

3.3 Envelhecimento e Autonomia Física

Foi mencionado na introdução deste livro que se reconhece que a idade traz vulnerabilidades que podem resultar na perda da capacidade laborativa e da autonomia. O momento em que estas se iniciam é fortemente influenciado pelas condições sociais, cor/raça, gênero, localização espacial etc. Acredita-se que essa idade tem sido postergada ao longo do tempo em face das melhorias nas condições de

saúde e no avanço da tecnologia médica. Admite-se também que elas podem ser minimizadas por políticas sociais.

As informações sobre deficiência nas pesquisas atuais são bastante abrangentes quando comparadas às investigadas no final do século XIX e início do século passado. Iniciaram com o Censo de 1872 e, segundo Medeiros e Diniz neste livro, os quesitos referentes a esse tema estiveram presentes até o Censo Demográfico de 1940 e só voltaram a ser objeto de estudo em 1981, através das PNADs, no suplemento especial de saúde,[7] e no Censo Demográfico de 1991. Ao longo do período sofreram modificações na forma de captação da informação e, recentemente, seguem recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).[8]

O tema vem conquistando espaço na agenda das políticas públicas e o debate está muito voltado para a conceituação do que seja deficiência. Essa é uma questão inerente aos idosos, dadas as suas alterações físicas e psíquicas trazidas pela idade e que geram problemas de adaptação ao meio em que vivem. Este capítulo visa quantificar a proporção de idosos com perda de autonomia, segundo algumas características, a partir das informações coletadas nos Censos Demográficos de 1991 e 2000 e na PNAD de 1998.[9]

No Censo de 1991, o único quesito que investigava deficiência resumia-se ao tipo que o indivíduo declarava ter, física ou mental. Foram consideradas as seguintes respostas: cegueira, surdez, paralisia de um dos lados, paralisia das pernas, paralisia total, falta de membro ou parte dele e mais de uma deficiência. No Censo de 2000, as pessoas portadoras de alguma deficiência tinham as seguintes opções para declarar: deficiência mental permanente, deficiência física (tetraplegia, paraplegia, hemiplegia e falta de membro ou parte dele), deficiência visual, deficiência auditiva, e deficiência motora. Para as três últimas deficiências, buscou-se inferir o seu grau de capacidade em quatro modalidades: incapaz, grande dificuldade permanente, alguma dificuldade permanente e nenhuma dificuldade. O conhecimento do grau de capacidade teve o objetivo avaliar o "grau de comprometimento das condições físicas ou mentais das pessoas pesquisadas" [IBGE (2000)].

Em 1991, os deficientes idosos somavam aproximadamente 395 mil, o que representava cerca de 24% do total de deficientes e aproximadamente 4% dos

---

7. Os suplementos especiais das PNADs investigam temas específicos de acordo com a necessidade dos usuários. A cada coleta são aplicados dois tipos de questionário, um de caráter permanente e outro, variável, anualmente. Em 1981, o suplemento sobre saúde teve como principal objetivo investigar aspectos, como a atenção materno-infantil, *deficiência ou incapacidade física*, vacinação infantil e gastos com saúde. O tema de saúde voltou a ser objeto de pesquisa do suplemento especial da PNAD de 1998.

8. Para informações mais detalhadas, ver Neri e Soares (2003) e Cunha (2004).

9. Para uma discussão sobre a conceituação de deficiência, veja neste livro Medeiros e Diniz.

idosos brasileiros. Esses dados mostram que, embora a proporção de idosos considerados deficientes seja baixa, eles estão super-representados dentro do grupo de deficientes, pois naqueles anos os idosos eram responsáveis por 7,3% da população total.

Dos deficientes idosos contados pelo Censo de 1991, 51,1% eram do sexo masculino e 48,9% do feminino. A distribuição de idosos deficientes segundo o tipo de deficiência por sexo pode ser observada no Gráfico 13. Entre os homens, predominam os hemiplégicos, que são aqueles que apresentam paralisia de um lado do corpo (21,5%). A cegueira foi o segundo tipo de deficiência mais importante entre eles, 16%, e a primeira entre as mulheres, atingindo 20% das deficientes. A deficiência mental, hemiplegia e paraplegia são também tipos de deficiência expressivos entre as mulheres idosas deficientes. Atingem aproximadamente 17% delas. É baixa a proporção de idosos com mais de uma deficiência, em torno de 5%.

O número de idosos deficientes encontrado pelo Censo de 2000 foi muito mais elevado que o observado pelo Censo de 1991 (1.044 mil). No entanto, a sua comparação é dificultada pela mudança havida aí na forma de investigação. A proporção de idosos deficientes também aumentou muito, passando a atingir 7,5% dos idosos brasileiros. No entanto, a proporção de idosos deficientes no total de deficientes não se alterou, manteve-se em torno de 24%.

Em 2000, a composição por sexo dos idosos deficientes não se diferenciou da observada em 1991. Aproximadamente 51% dos idosos deficientes eram do sexo masculino. Já a proporção de idosos deficientes em 2000 apresentou-se mais baixa entre as mulheres, com exceção do grupo 80 anos e mais (Gráfico 14). Observa-se, como esperado, que a proporção de deficientes cresce com a idade.

GRÁFICO 13

BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA DEFICIENTE SEGUNDO A DEFICIÊNCIA E O SEXO — 1991

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1991.

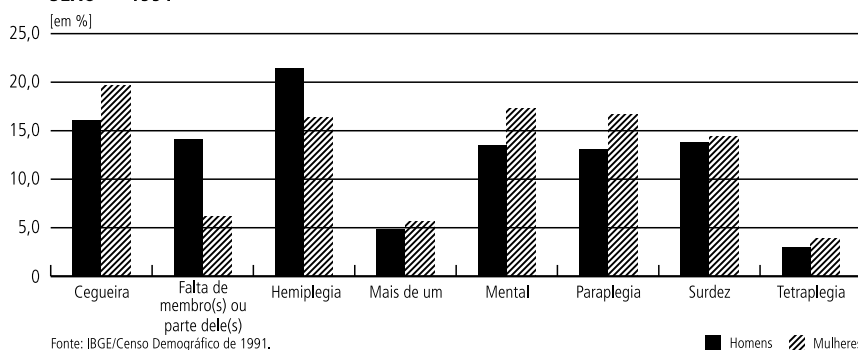
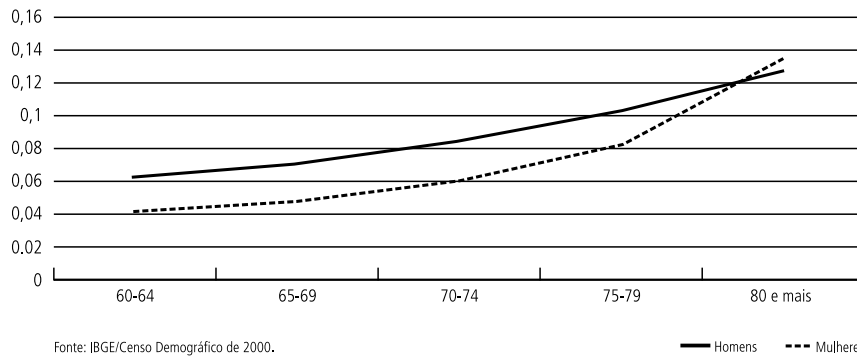



GRÁFICO 14
BRASIL: PROPORÇÃO DE IDOSOS DEFICIENTES POR GRUPOS DE IDADE — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

A grande diferença apontada pelo Censo de 2000 com relação a 1991 refere-se aos tipos de deficiência encontrados. Em 2000, é elevada a proporção de idosos com deficiência mental, 51,4% dos homens deficientes e 58,5% das mulheres (Gráfico 15). A hemiplegia foi a segunda deficiência mais importante, que atingiu 20,2% dos homens deficientes e 17,4% das mulheres.

A razão de sexos entre os idosos deficientes mostra que há mais homens deficientes do que mulheres, apesar de uma ligeira redução no diferencial entre as razões calculadas para 1991 e 2000 (ver Gráfico 16). A referida razão para o conjunto da população idosa passou de 105 para 102 homens deficientes para cada 100 mulheres. Os diferenciais nessa razão se reduzem com a idade e, a partir dos 75 anos, as mulheres passam a predominar entre os deficientes. Isso se deve, entre outras coisas, ao efeito da composição por tipo de deficiências. Por exemplo, em

GRÁFICO 15
BRASIL: PROPORÇÃO DE IDOSOS QUE SE DECLARARAM DEFICIENTES PELO TIPO DE DEFICIÊNCIA — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

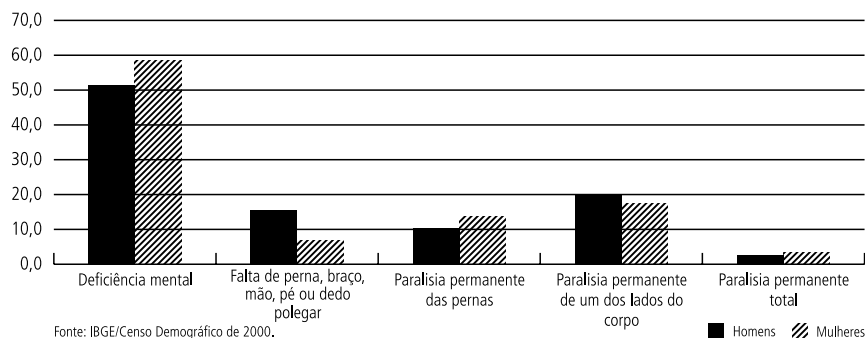
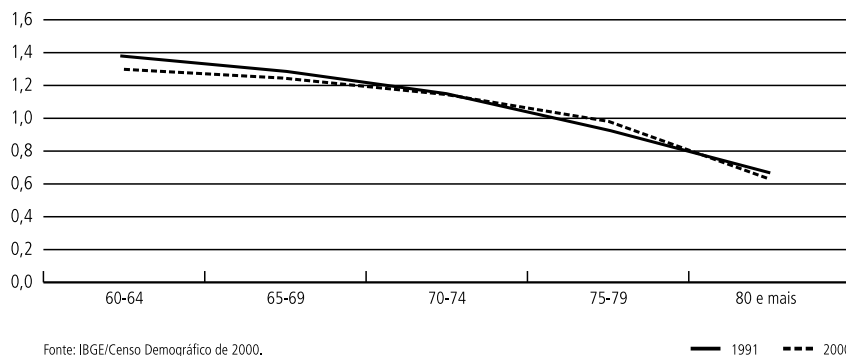



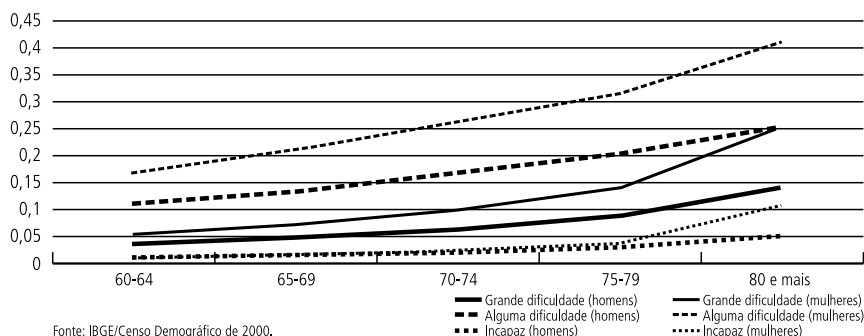
GRÁFICO 16
BRASIL: RAZÃO DE SEXOS DA POPULAÇÃO IDOSA DEFICIENTE — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

2000, para cada 77 homens que declararam ter algum tipo de dificuldade visual, auditiva ou motora foram encontradas 100 mulheres.

O Censo Demográfico de 2000, como dito anteriormente, levantou algumas informações que podem mensurar o grau de autonomia das pessoas. Segundo o IBGE (2000), "teve-se a possibilidade de observar parte da percepção que as pessoas pesquisadas têm em relação às alterações provocadas pela deficiência nas suas capacidades de realização, no seu comportamento e na sua participação social".

Cerca de 26,8% dos idosos brasileiros declararam ter alguma dificuldade em caminhar/subir escadas. Essa proporção é bastante diferenciada por sexo; foi de 22,3% entre os homens e de 29,1% entre as mulheres. Essas dificuldades foram classificadas em três grupos: alguma dificuldade permanente, grande dificuldade permanente e incapacidade. O Gráfico 17 apresenta as proporções de idosos por

GRÁFICO 17
BRASIL: PROPORÇÃO DE IDOSOS QUE REPORTAM ALGUMA DIFICULDADE EM CAMINHAR E/OU SUBIR ESCADAS — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

sexo e grupos qüinqüenais de idade com a dificuldade mencionada pelo grau de dificuldade. Observa-se que, independentemente do tipo de deficiência, as dificuldades crescem com a idade e são maiores entre as mulheres. Em 2000, aproximadamente 10% das mulheres idosas com mais de 80 anos e 5% dos homens eram incapazes de andar e/ou subir escadas.

Outros dois tipos de dificuldades pesquisados foram: "ouvir" e "enxergar", que também levaram em conta o grau de dificuldades. O Gráfico 18 apresenta as proporções de idosos que reportaram experimentar esses dois tipos de dificuldades por sexo e grau de dificuldade. Dificuldades em ouvir são mais sentidas entre os homens e em enxergar entre as mulheres. É muito baixa a proporção, seja de homens ou de mulheres, que reportou ser incapaz de ouvir ou enxergar. Por outro lado, 31,8% e 33,9%, respectivamente, dos idosos brasileiros reportaram alguma dificuldade em ouvir e enxergar.

Do questionário da PNAD de 1998 faz parte um suplemento especial sobre saúde. Uma das questões investigadas foi sobre algumas condições de deficiência e autonomia física da população brasileira. [10] Um dos quesitos pesquisados diz respeito a dificuldades no desempenho de atividades básicas do cotidiano, tais como alimentar-se, tomar banho e/ou ir ao banheiro sozinhos. O Gráfico 19 apresenta as proporções da população idosa que declarou dificuldades nesse tipo de atividade por sexo e grupos de idade. Como esperado, essas proporções crescem por idade e são mais elevadas entre as mulheres. O diferencial entre homens e mulheres aumenta com a idade. Entre a população com mais de 80 anos, 30,1% dos

GRÁFICO 18
BRASIL: PROPORÇÃO DE IDOSOS QUE REPORTARAM DIFICULDADES EM OUVIR E ENXERGAR — 2000

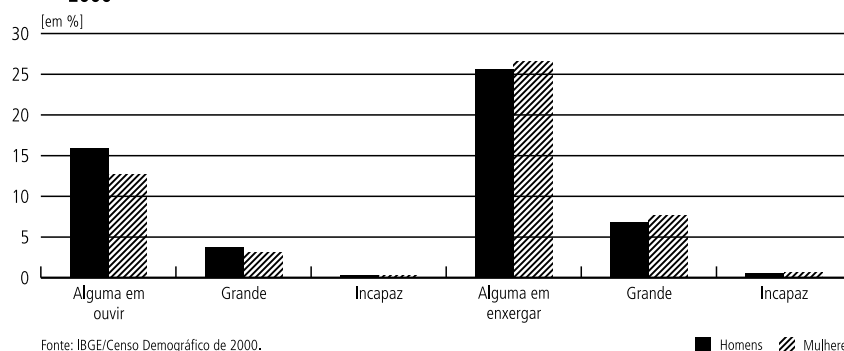
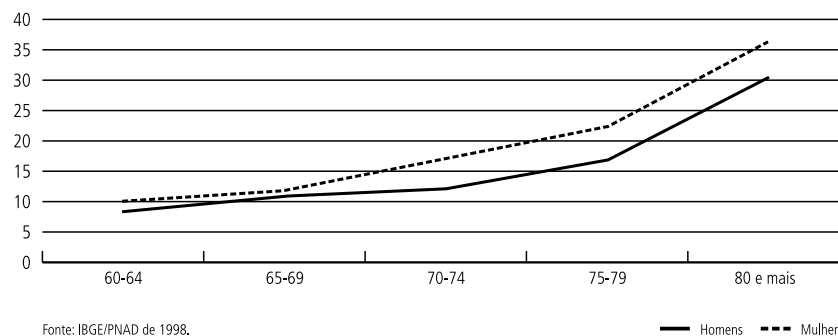
Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

10. Os quesitos investigados foram apresentados em duas partes: a primeira são as características de saúde, subdividida em: morbidade, cobertura de plano de saúde, acesso a serviços de saúde, internação, gastos com serviços e bens de saúde. A segunda parte pesquisava as características de mobilidade física dos moradores de 14 anos ou mais de idade.

GRÁFICO 19
BRASIL: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA QUE TEM DIFICULDADE PARA ALIMENTAR-SE, TOMAR BANHO OU IR AO BANHEIRO POR SEXO E IDADE — 1998

Fonte: IBGE/PNAD de 1998.

homens e 36,1% das mulheres não são capazes de desempenhar sozinhos as atividades básicas do cotidiano.

Sintetizando, os resultados mostram a influência da idade no aumento da vulnerabilidade da população idosa de acordo com os quatro indicadores utilizados. É este o segmento que demanda cuidados, que, no caso brasileiro, recai em quase toda a sua totalidade sobre a família, principalmente sobre as mulheres. Como pode ser visto no Capítulo 8, deste livro, nem a iniciativa privada têm a tradição de oferecer cuidados de longa permanência para a população dependente. Mostra, também, uma vulnerabilidade maior das mulheres, o que pode ser conseqüência da sua maior sobrevivência. As mulheres são mais capazes de sobreviver às doenças crônicas e outras incapacidades físicas do que os homens.

4 INSERÇÃO DO IDOSO NA FAMÍLIA[11]

A família é uma das instituições mais importantes e eficientes no tocante ao bem-estar dos indivíduos e à distribuição de recursos. Ela intermedeia parte da relação entre o mercado e os indivíduos, já que distribui rendimentos entre membros, assim como faz a intermediação entre o Estado e o indivíduo, redistribuindo, direta ou indiretamente, os benefícios recebidos.

A hipótese do trabalho é que dada a predominância em quase todo o mundo, de um modelo de políticas sociais que privilegia o enxugamento do Estado, as famílias estão sendo cada vez mais requeridas para cuidar dos segmentos "vulneráveis". Em muitos países, aparece como a única alternativa de apoio à população

11. Embora o texto refira-se à família, as informações utilizadas são para os domicílios.

idosa. Isso tem se dado tanto pela co-residência como pela transferência de bens e recursos financeiros. Os seus membros se ajudam na busca do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de "conflito cooperativo" em que se cruzam as diferenças entre homens e mulheres e as intergeracionais. Daí surge uma gama variada de arranjos familiares.

Por outro lado, em quase todo o mundo tem crescido o período em que os filhos passam como economicamente dependentes de seus pais, na maioria dos casos idosos. Isso se deve à instabilidade do mercado de trabalho, ao maior tempo despendido na escola e à maior fragilidade das relações afetivas. Em ambos os casos, a co-residência de pais idosos e filhos aparece como uma estratégia familiar utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas. Variações na renda dos pais e dos filhos desempenham um papel importante na co-residência. A literatura dos anos 1980 mostrou que uma das estratégias familiares de enfrentamento da pobreza na América Latina foi a de aumentar ou diminuir de tamanho [Arriagada (1997)].

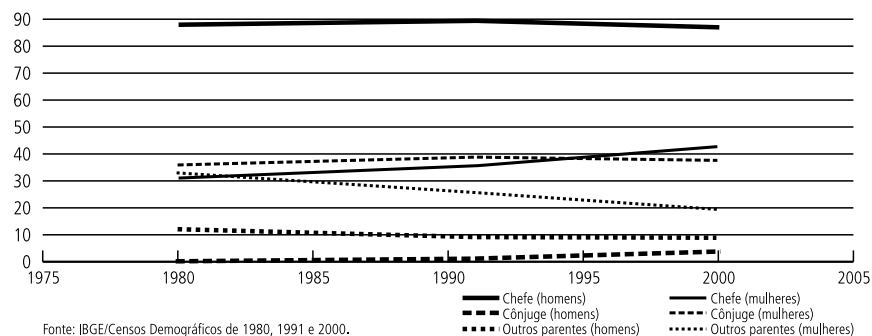
Por outro lado, há que se levar em conta, na análise do caso brasileiro, a queda generalizada da fecundidade, o aumento também generalizado da participação das mulheres (a tradicional cuidadora dos segmentos dependentes da família) nas atividades econômicas, bem como as mudanças expressivas nos arranjos familiares (separações, coabitação, aumento da proporção de mulheres que nunca se casaram e/ou que nunca tiveram filhos). Isso tem dificultado e irá dificultar ainda mais a atuação das famílias enquanto promotoras de apoio à população idosa. Pode-se esperar que um declínio na co-residência e em outros apoios familiares resulte em um aumento da demanda por determinadas políticas sociais. Considerando a tendência em curso do Estado de reduzir as suas atividades de proteção social, outros mecanismos são requeridos para o cuidado com a população idosa.

Um primeiro ponto a se destacar na análise da inserção do idoso na família é que enquanto apenas 8,6% da população brasileira tinham 60 anos e mais em 2000, 24,1% do total das famílias brasileiras continham pelo menos uma pessoa nessas idades. Essa proporção é crescente no tempo, foi de 21,6% em 1980, devido ao envelhecimento da população. Esta seção objetiva analisar a inserção da população idosa na família, considerando o ponto de vista do idoso e da própria família.

4.1 Posição do Idoso no Domicílio

O Gráfico 20 mostra a distribuição dos idosos, segundo sua condição no domicílio, em 1980, 1991 e 2000. Essa posição é bastante afetada por sexo. A grande maioria dos idosos do sexo masculino chefia as suas famílias, proporção que não se alterou

GRÁFICO 20
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA POR CONDIÇÃO NO DOMICÍLIO E SEXO — 1980, 1991 E 2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2000.

ao longo do tempo; ficou ao redor de 87%. Chama-se a atenção para o aumento da proporção de homens cônjuges, que embora bastante baixa, experimentou um aumento de 0,4% para 3,9%. Por outro lado, em 1980, entre as mulheres idosas predominavam as cônjuges. Essa proporção diminuiu ao longo do tempo em prol de um aumento da proporção de mulheres chefes de família, que passou a ser o *status* predominante das mulheres idosas em 2000. A proporção de cônjuges também aumentou no período.

Já foi discutido em outros trabalhos [ver Camarano e El Ghaouri (1999 e 2003)] que uma maneira de avaliar a dependência dos idosos sobre as famílias com base em dados secundários é através da proporção de idosos cuja relação com o chefe da família era a de "parentes" ou "agregados". Em geral, esse grupo é composto por pais ou sogros, que na falta de renda ou autonomia física ou mental, vão morar com filhos ou outros parentes. Essa proporção está também mostrada no Gráfico 20 e, em oposição à de chefes, decresceu entre os 20 anos analisados, especialmente entre as mulheres. Passou de 32,9% para 19,7%, sugerindo uma redução da dependência dos idosos sobre a família. Entre os homens, esta passou de 12,3% para 9,0%.

Também, no caso da relação familiar, as mulheres apresentam maior proporção de "dependentes" do que os homens. Experimentam menor autonomia e maior percentual de pessoas que não têm rendimento e, provavelmente, por isso moram em casa de "outros parentes". Acredita-se que parte dessa "dependência", no caso da falta de renda, por exemplo, esteja mais associada a um baixo *status* social no passado do que à idade.

A proporção de outros parentes cresce com a idade, conforme mostra o Gráfico 21. Entre 1980 e 2000, as referidas proporções decresceram em todas as faixas etárias, sendo o decréscimo mais acentuado o observado entre as mulheres com menos de 80 anos. Essa proporção se reduziu quase à metade. Entre os homens, a redução foi menor e crescente com a idade.

Conforme já se mencionou, a categoria outros parentes é formada por pais, sogros, irmãos, genros, etc. A Tabela 9 mostra a composição dessa categoria por sexo e grupo etário. Tanto para homens quanto para mulheres, essa categoria é formada, principalmente, por pais, mães e sogros. Entre os homens mais jovens, de 60 a 64 anos, predominam os outros parentes. A partir daí, a proporção de pais/mães e sogros cresce com a idade, principalmente entre os homens.

GRÁFICO 21
BRASIL: PERCENTUAL DE IDOSOS NA CONDIÇÃO DE OUTRO PARENTE POR SEXO E IDADE — 1980 E 2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

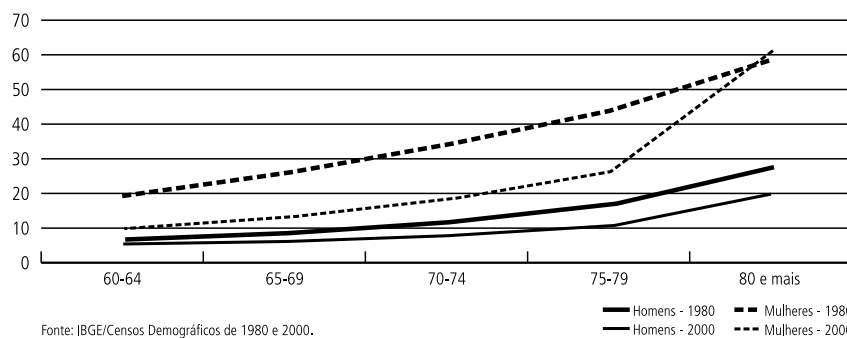



TABELA 9
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DOS OUTROS PARENTES SEGUNDO A CONDIÇÃO NO DOMICÍLIO — 2000

	Homens			Mulheres		
	Pai, mãe, sogro	Irmão/irmã	Outro parente	Pai, mãe, sogro	Irmão/irmã	Outro parente
60-64	35,7	25,6	38,7	61,1	17,0	21,9
65-69	50,4	20,6	29,0	70,8	14,4	14,8
70-74	64,1	15,0	20,9	75,9	11,4	12,7
75-79	72,4	9,1	18,5	78,6	9,0	12,4
80 e mais	79,5	4,1	16,4	79,1	6,3	14,6

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

4.2 Arranjos Familiares com Idosos

A proporção de domicílios chefiados por idosos vem crescendo ao longo do tempo — dentre o total de domicílios brasileiros foi de 17,7% em 1980 e de 20,9% em 2000. Em contrapartida, a proporção de domicílios que contêm idosos na condição de pais/sogros e/ou outros parentes apresentou uma redução de 4,5% para 3,3% no mesmo período.[12]

Apresenta-se, na Tabela 10, uma comparação do perfil estatístico das famílias brasileiras que contêm idosos e das que não contêm em 2000. Observa-se que as famílias com a presença de idosos, quer na qualidade de chefes de sua própria família ou mesmo como parte de uma outra família, apresentam uma estrutura bastante diferenciada das que não contêm idosos, como esperado. São famílias menores, em etapas do ciclo vital mais avançado, e conseqüentemente, com estruturas mais envelhecidas. Os chefes das famílias que continham idosos apresentavam uma idade média ao redor de 65,2 anos e os das famílias sem idosos, de 39,3 anos. As primeiras contam também com uma presença maior de mulheres na condição de chefes ou pessoas de referência: 36,4% e 21,2% nas famílias sem idosos.

Em termos das diferenças nos arranjos familiares internos, a Tabela 10 mostra que, enquanto nas famílias sem idosos predominam os arranjos do tipo casais com filhos (65,7%), entre as famílias com idosos a presença de casais com filhos foi de 36,3%. Destaca-se, também entre as últimas, a expressiva proporção de casais sem filhos (19,9%) e de pessoas vivendo sós (23,1%). Essas diferenças são determinadas, em grande parte, pelo estágio de ciclo vital das famílias com idosos, onde a maioria destes já não vive com seus filhos bem como pela sobremortalidade masculina que faz com que as mulheres sobrevivam por mais tempo sós ou com filhos. Em 2000, a proporção de mães idosas morando só com os filhos foi quase quatro vezes maior do que a de pais.[13]

Na comparação entre estruturas familiares que contêm idosos e aquelas que não os contêm, destaca-se uma proporção maior de mulheres sozinhas e de mães com filhos sem cônjuges entre as primeiras famílias. As categorias representavam aproximadamente 15,9% e 17,2%, respectivamente, das famílias com idosos. O mesmo fenômeno não ocorre com as famílias sem idosos residentes. As mães com filhos nas famílias que não contavam com a presença de idosos representavam apenas 13,0% do total de famílias.

---

12. Uma análise mais detalhada desses tipos de domicílios pode ser encontrada neste livro em Camarano *et alii.*

13. Essas proporções são também afetadas pelos descasamentos, uma vez que as mulheres são menos propensas a entrarem numa nova união do que os homens.

TABELA 10
BRASIL: ESTRUTURA DAS FAMÍLIAS SEGUNDO A PRESENÇA DE IDOSOS — 2000

Características das famílias[a]	Todas as famílias	Famílias sem idosos	Famílias com idosos
Perfil das famílias			
Tamanho médio	3,77	3,86	3,48
Número médio de filhos	1,65	1,82	1,11
Rendimento médio familiar *per capita*[b]	293,46	281,91	333,60
Proporção média da renda que depende do chefe	67,4	70,0	59,7
Número médio de pessoas que trabalham	1,29	1,40	0,96
Número médio de beneficiários	0,42	0,17	1,18
Proporção de famílias que recebem até 1/2 salário mínimo	24,74	27,84	14,99
Características dos chefes de família			
Idade média do chefe (anos)	45,55	39,27	65,16
Proporção de chefes homens	75,15	78,82	63,62
Proporção de chefes mulheres	24,85	21,18	36,38
Número médio de anos de estudo dos chefes	5,73	6,29	3,96
Renda média do chefe	748,11	765,05	695,20
Distribuição dos tipos de famílias (%)			
Nucleares	77,33	83,79	56,98
Casal sem filhos	10,61	9,13	15,25
Casal com filhos	47,72	57,21	17,84
Mãe com filhos	8,90	9,37	7,44
Mulher sozinha	4,42	2,69	9,85
Pai com filhos	1,17	0,97	1,83
Homem sozinho	4,50	4,42	4,77
Extensas	22,67	16,21	43,02
Casal sem filhos	1,86	0,99	4,59
Casal com filhos	10,87	8,46	18,45
Mãe com filhos	5,13	3,64	9,79
Mulher sozinha	2,46	1,33	6,00
Pai com filhos	0,64	0,31	1,67
Homem sozinho	1,72	1,47	2,52

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

[a] As famílias foram definidas segundo o Censo Demográfico como o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residissem na mesma unidade domiciliar. Foi considerada também a pessoa que mora só em uma unidade domiciliar, também parentes, agregados e/ou empregados sem vínculo de parentesco.

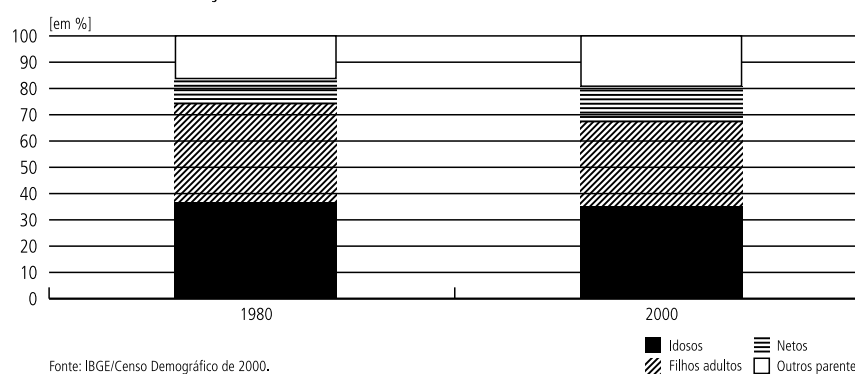
[b] Rendimento médio familiar *per capita* inclui a soma de todos os rendimentos das pessoas na família dividido pelo número de pessoas dessas famílias.

As diferenças entre mães sós com filhos entre as famílias com idosos e famílias sem a presença deles não se dá apenas nas proporções. Enquanto essas últimas são resultado, principalmente, de separações ou dos arranjos de mulheres solteiras com filhos, as mães sós ou com filhos dentre as famílias com idosos devem encontrar-se na condição de viúvas. Assim, entre as primeiras devem predominar filhos menores de 15 anos e, entre as últimas, filhos adultos, solteiros ou casados. Isso significa, certamente, diferentes condições de vida.

Uma outra diferença importante entre as estruturas familiares consideradas é o peso das famílias extensas. Entre as famílias que têm idosos residindo, 43,0% são extensas, ou seja, contêm, também, outros parentes. Estes tanto podem ser os idosos nessa condição ou netos, irmãos, sobrinhos de chefes idosos. Mais importante do que a referida proporção é o reconhecimento de que esta fora de 25,2% em 1980. Quer dizer, observou-se um crescimento expressivo no período. Vários trabalhos[14] têm mostrado um aumento da complexidade dos arranjos familiares que contêm idosos.

Foi observado, que os idosos são chefes de 86,5% das famílias em que vivem. Destaca-se também o aumento na proporção dos chefiados por idosos. Estes passaram de 79,1% em 1980 para 86,5% em 2000. Para entender um pouco melhor a estrutura dos arranjos familiares dos idosos, estes foram divididos em dois grupos: os chefiados por idosos e aqueles onde estes são "outros parentes". Considerou-se, nesta seção, apenas os domicílios chefiados por idosos. O Gráfico 22 compara a composição dos mesmos em 1980 e 2000.

GRÁFICO 22
BRASIL: COMPOSIÇÃO DOS MEMBROS DAS FAMÍLIAS CHEFIADAS POR IDOSOS — 1980 e 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

14. Ver, por exemplo, neste livro, Camarano *et alii* e Beltrão *et alii*. Outros trabalhos sobre a questão: Camarano e El Ghaouri (1999 e 2003), Beltrão, Camarano e Mello (2004) e Camarano (2002).

O tamanho médio desses domicílios decresceu de 3,7 pessoas em 1980 para 3,25 em 2000. Este valor elimina a possibilidade de caracterizar esses domicílios como "ninhos vazios", como os domicílios com idosos são comumente referidos na literatura.[15] Apesar de serem domicílios de idosos, estes constituem apenas 35% dos seus membros, proporção menor do que a observada em 1980. Encontram-se nesses domicílios em 2000, além do casal, 1,03 filho adulto e 0,45 neto, cuja proporção cresceu no período. Também aumentou a proporção de outros parentes residindo no domicílio de idosos, caracterizando a complexidade dos mesmos.

4.3 Condições de Vida das Famílias Com Idosos

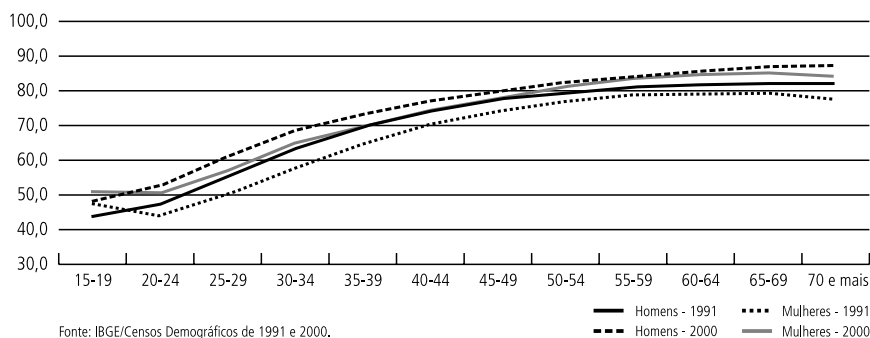
A Tabela 10 também mostra, tendo presente as limitações dos dados apresentados, que as famílias brasileiras que contêm idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais. São relativamente menos pobres, se medidas pela proporção de famílias cujo rendimento médio mensal *per capita* é menor do que um salário mínimo. As que não contêm idosos apresentam uma proporção de famílias pobres quase duas vezes mais elevada que as que contêm (27,8% e 15,0%).

O rendimento mensal *per capita* das famílias que contêm idosos é mais elevado e seus membros dependem menos da renda do chefe do que o das que não contêm: 59,7% comparado a 70,0%. No entanto, contam com menor número de pessoas que trabalham e maior número de beneficiários da seguridade social. Isso se deve, em alguma medida, aos tipos de arranjos internos e etapas de ciclo familiar que estabelecem diferentes relações de dependência econômica entre os membros das famílias. Por outro lado, não se pode deixar de mencionar a importância dos benefícios da seguridade social na composição da renda dessas famílias. Já foi visto em outros trabalhos e será ainda mostrado na Seção 6 que as aposentadorias desempenham um papel muito importante na renda dos idosos, especialmente das mulheres e essa importância cresce com a idade [ver Camarano *et alii* (1999)].

Além disso, o Gráfico 23 mostra que a proporção de chefes idosos que moram em casa própria é mais elevada do que a dos jovens nos dois anos considerados. A proporção de chefes homens que moravam em casa própria cresce com a idade até os 70 anos. Entre as chefes mulheres esta cresceu até os 65 anos. Comparando as proporções mencionadas entre 1991 e 2000, observa-se um crescimento na proporção de chefes que moravam em casas próprias, sendo esse crescimento mais elevado entre a população feminina, especialmente a idosa.

15. São domicílios formados por apenas um casal ou pessoa sozinha.

GRÁFICO 23
BRASIL: PROPORÇÃO DE CHEFES DE DOMICÍLIO MORANDO EM CASA PRÓPRIA POR GRUPOS DE IDADE E SEXO — 1991 E 2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1991 e 2000.

Além disso, encontra-se entre os idosos a maior proporção de pessoas que moravam em casa própria já paga e, conseqüentemente, de moradores em casa alugada ou cedida [ver Neri, Nascimento e Pinto (1999)]. Isso pode ser explicado pelo fato de os idosos de hoje estarem num estágio do ciclo vital mais elevado, o que já lhes permitiu a acumulação de um patrimônio, tal como a casa própria. Ademais, estes passaram a maior parte da sua vida produtiva num período mais propício da economia brasileira. Puderam desfrutar de um emprego e uma família estável, dos benefícios de uma política habitacional, como a do Banco Nacional da Habitação.

5 INSERÇÃO DO IDOSO NO MERCADO DE TRABALHO

O interesse em analisar a inserção do idoso no mercado de trabalho deve-se ao próprio envelhecimento populacional, que leva a um envelhecimento da PEA. Além disso, o mercado de trabalho brasileiro apresenta uma particularidade: o aposentado retorna a ele ou, em alguns casos, permanece exercendo suas atividades. A despeito da universalização da seguridade social, a contribuição da renda do trabalho na renda do idoso é importante. Nesse sentido, trabalhar, para o idoso aposentado, pode significar renda mais elevada, bem como autonomia física e mental e maior integração social.

Nesta seção, analisa-se a participação dos idosos no mercado de trabalho por idade, horas trabalhadas, principais ocupações realizadas e posição na ocupação.

5.1 Participação no Mercado de Trabalho por Idade

Uma análise comparativa da participação do idoso no mercado de trabalho nas últimas décadas é prejudicada pela mudança dos conceitos de ocupação ocorrida

nos vários censos demográficos. Pode-se, no entanto, afirmar que a taxa de atividade masculina diminuiu e a feminina, aumentou. No entanto, a PEA envelheceu, ou seja, a idade média da PEA brasileira aumentou. Passou de 33,2 anos em 1980 para 34,7 em 2000.

O Gráfico 24 apresenta as taxas de participação da população brasileira em 1980 e 2000. No período, a taxa de participação da população masculina idosa diminuiu de 44,5% para 37,3%, refletindo o aumento da cobertura da seguridade social e a feminina aumentou de 7,4% para 11,1%. Isso reflete um efeito coorte, ou seja, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho no passado recente. A participação é sempre mais elevada entre os homens.

Observa-se, também, que as taxas de atividade dos idosos são mais baixas que a dos adultos, especialmente entre as mulheres. Entre os idosos, ela atingiu seu pico no intervalo etário de 60 a 64 anos, decrescendo com a idade para os dois anos considerados. Em 2000, a taxa de atividade entre os homens desse grupo etário foi de 57,1% e, entre as mulheres, de 19,2%. A participação dos idosos com idade entre 75 e 79 anos é bem inferior. Entre os homens, ficou em torno de 19% e, entre as mulheres, de 4%, o que mostra a velocidade da queda da participação dos idosos no mercado de trabalho com a idade. Foram identificados alguns fatores associados à menor participação dos idosos no mercado de trabalho: maiores gastos públicos em benefícios sociais, menor proporção de população ocupada em atividades agrícolas, maior urbanização, dentre outros [ver Durand (1975)].

O Gráfico 25 mostra a distribuição da população idosa segundo a sua participação no mercado de trabalho e condição de aposentadoria em 2000. Foram consi-

GRÁFICO 24
BRASIL: TAXA DE ATIVIDADE POR IDADE E SEXO — 1980 E 2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

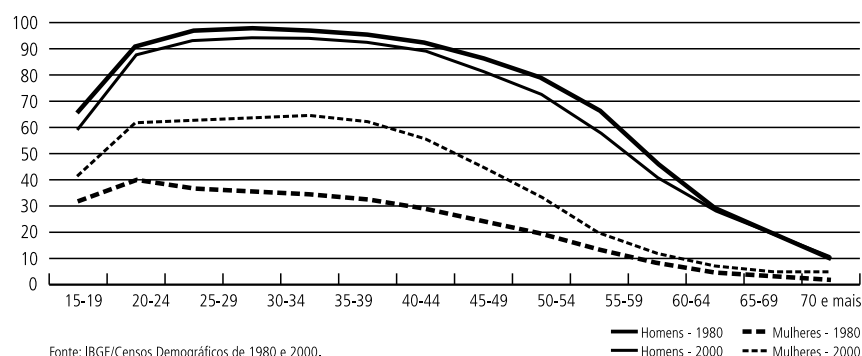
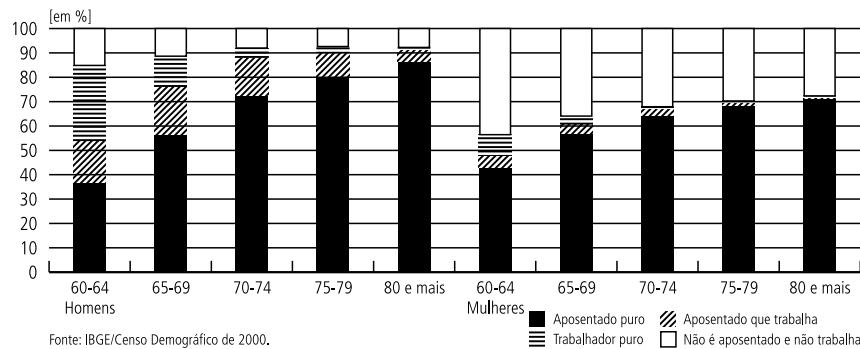



GRÁFICO 25
BRASIL: PROPORÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO SUA CONDIÇÃO DE APOSENTADORIA E TRABALHO — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

deradas quatro categorias: aposentado puro, aposentado que trabalha, trabalhador puro e os demais. A categoria predominante é a de aposentados puros, onde se encontrava 58,1% da população idosa. Somando a essa categoria a de aposentados que trabalhavam, pode-se concluir que aproximadamente 2/3 da população idosa estava aposentada. Cerca de 1/4 das pessoas idosas não foram enquadradas em nenhuma dessas categorias. Desse contingente, 80,5% eram mulheres.

Por outro lado, 17% das pessoas idosas trabalhavam, das quais a metade era aposentada. Esse percentual é bastante diferenciado por sexo. A grande maioria (76,7%) é composta de homens. Destes, 51,1% são aposentados que trabalhavam. A coincidência entre trabalho e aposentadoria é menor entre as mulheres. Do total das idosas, 3,2% trabalhavam e eram aposentadas.

Analisando essas proporções por grupo etário, observa-se, para a população masculina, que quando se muda da primeira para a segunda faixa etária, a proporção de trabalhadores puros diminui e aumenta a de aposentados que trabalham. A partir dos 70 anos, cresce a dos aposentados puros e decrescem as demais. Aos 80 e mais anos de idade, 86,3% dos homens estavam aposentados. Entre as mulheres, verifica-se um acréscimo na proporção de aposentadas por idade e uma diminuição nas demais proporções. Dentre o grupo de mulheres de mais de 80 anos, 70,8% estavam aposentadas e 27,7% não se encontravam em nenhuma das três outras categorias. É possível que uma parcela significativa das mulheres que se declararam aposentadas seja pensionista.

5.2 Horas Trabalhadas e Principais Ocupações

A análise do número de horas trabalhadas pelos idosos indica duas tendências. A primeira é que estes reduziram a sua jornada de trabalho, medida pelo número

médio de horas trabalhadas, entre 1980 e 2000. A segunda é que a jornada de trabalho feminina é menor do que a masculina. Essa tendência é observada nos dois anos considerados (ver Gráfico 26).

A proporção de idosos que trabalharam menos de 15 horas aumentou cerca de duas vezes tanto entre os homens quanto entre as mulheres. Isso pode ser reflexo da mudança do conceito de ocupação entre os dois censos considerados. Em contrapartida, diminuiu a proporção dos que trabalharam mais de 40 horas semanais. Em 1980, aproximadamente 81% dos homens trabalhavam mais de 40 horas semanais, proporção esta que diminuiu para 72,6% em 2000. De qualquer forma, pode-se dizer que a grande maioria dos idosos brasileiros tem uma jornada integral de trabalho. Já entre as mulheres a proporção comparável foi de 55,7% em 1980, passando para 48,9% em 2000. A proporção de mulheres idosas que trabalharam entre 15 e 39 horas permaneceu praticamente inalterada. Entre os homens, observou-se uma pequena elevação.

A Tabela 11 mostra o perfil ocupacional da população idosa em 2000. Aproximadamente 37% dos homens idosos exerciam ocupações ligadas às atividades agropecuárias. As suas duas principais ocupações foram de trabalhadores agrícolas (16,1%) e produtores agrícolas (15,8%). Somam-se a estes, em quarto lugar, os produtores pecuários (4,5%). O comércio também absorve parte importante dos trabalhadores idosos brasileiros. Cerca de 8% deles dividiam-se entre atividades em lojas e supermercados (4,7%) e vendedores ambulantes (3,4%).

A agricultura também é uma atividade importante absorvedora de mulheres idosas ocupadas. Cerca de 23% estavam exercendo atividades agrícolas. A maior parte encontrava-se como trabalhadoras agrícolas (18,3%) e a menor desempenhando

GRÁFICO 26
BRASIL: HORAS TRABALHADAS NA OCUPAÇÃO PRINCIPAL DOS IDOSOS — 1980 E 2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

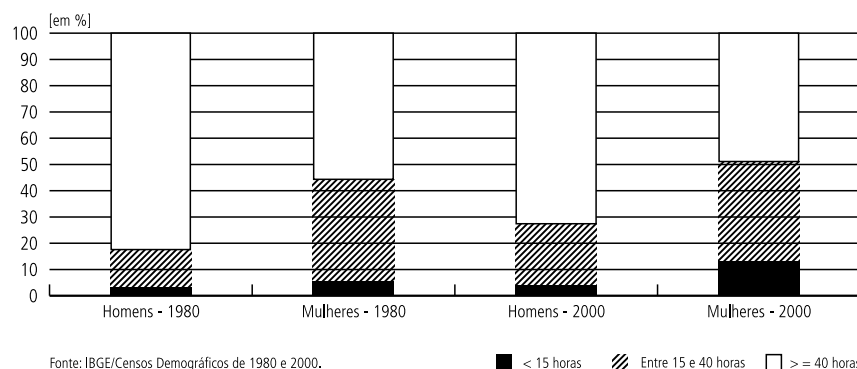



TABELA 11
BRASIL: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA SEGUNDO AS PRINCIPAIS OCUPAÇÕES POR SEXO — 2000

Ocupações	Homens	Ocupações	Mulheres
Trabalhadores agrícolas	16,12	Trabalhadores agrícolas	18,28
Produtores agrícolas	15,82	Trabalhadores dos serviços domésticos em geral	13,34
Vendedores e demonstradores em lojas ou mercados	4,71	Operadores de máquinas de costura de roupas	6,89
Produtores em pecuária	4,50	Vendedores ambulantes	5,61
Trabalhadores de estruturas de alvenaria	4,20	Produtores agrícolas	4,88
Gerentes de produção e operações	3,45	Vendedores e demonstradores em lojas ou mercados	4,65
Vendedores ambulantes	3,41	Cozinheiros	3,77
Guardas e vigias	2,37	Trabalhadores em serviços de manutenção e conservação	2,76
Ocupações mal especificadas	2,11	Gerentes de produção e operações	2,27
Garçons, *barmen* e copeiros	1,82	Garçons, *barmen* e copeiros	2,08
Outras ocupações	41,50	Outras ocupações	35,46

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

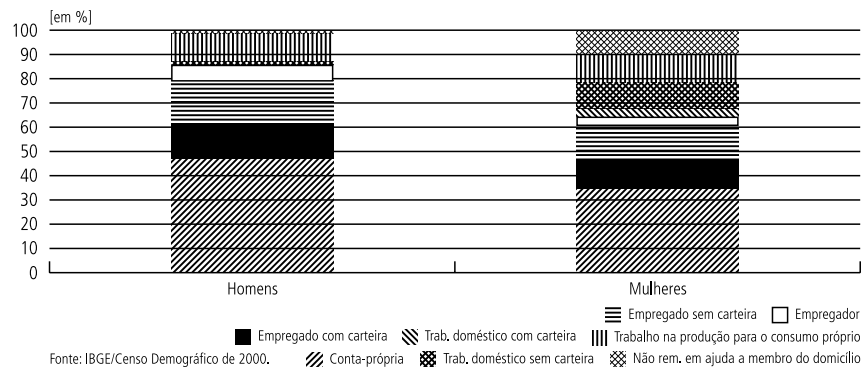
ocupações de produtoras agrícolas (4,9%). Essa última proporção é bem maior entre os homens ocupados, como mencionado anteriormente. O emprego doméstico é a segunda ocupação mais importante entre as mulheres, que foram responsáveis por 13,3% das ocupações entre as idosas. O comércio também se destaca como importante atividade exercida pelas mulheres idosas. Entre as principais ocupações, cerca de 10% foram desenvolvidas nesse setor em 2000.

5.3 Posição na Ocupação

A maior parte dos idosos que trabalha o faz por conta própria, como mostra o Gráfico 27. Entre os homens que trabalham, aproximadamente, em 2000, a metade exercia alguma ocupação por conta própria (47%). Entre as mulheres essa proporção foi menor, mas ainda bastante importante (34,2%).

A proporção de idosos empregados com carteira de trabalho assinada é bastante baixa e diferenciada entre homens e mulheres. A proporção de empregados com carteira foi maior entre os homens, cerca de 15%, e, entre as mulheres, de

GRÁFICO 27
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO A POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO — 2000

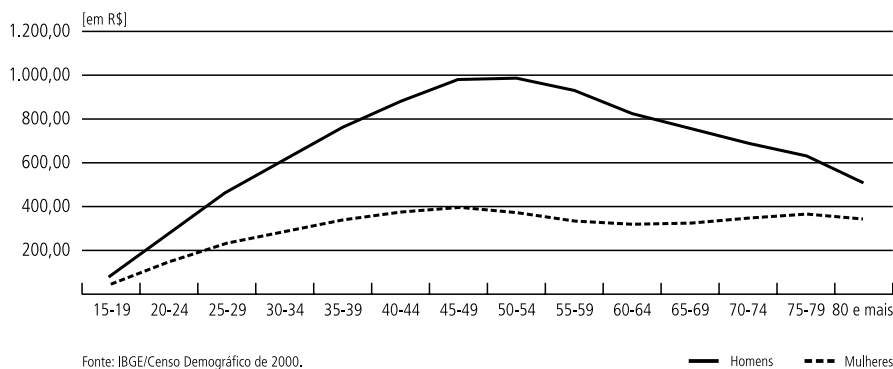
Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

12%. Entre os homens idosos, 17,5% trabalhavam sem carteira assinada e entre as mulheres, 14,4%. Cerca de 15% das mulheres idosas exerciam trabalho doméstico, 3,5% com carteira e 11% sem carteira assinada. É elevado também o percentual de mulheres idosas que realizou trabalho não-remunerado em ajuda a membro do domicílio. Quase 10% das idosas estão nessa condição. A proporção entre os homens foi de apenas 1,3%.

6 RENDIMENTOS

6.1 Visão Geral

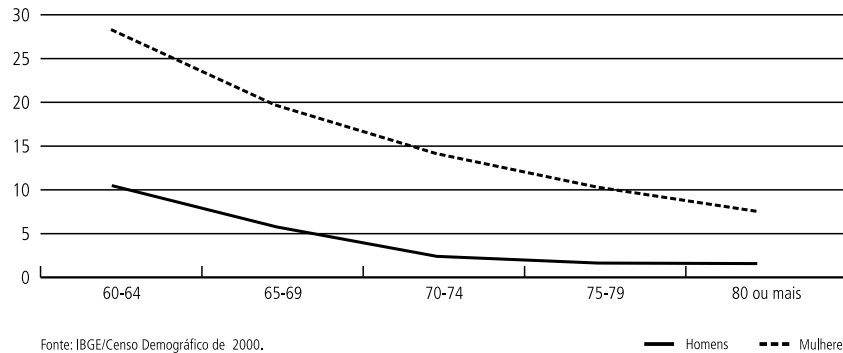
A importância de se analisar o rendimento dos idosos está no fato de o mesmo constituir uma parcela importante de sua renda (37,1% da renda dos homens idosos), a qual, por sua vez, como será visto, tem um peso importante na renda das famílias onde o idoso está inserido. O Gráfico 28 apresenta o rendimento médio de todas as fontes da população brasileira por sexo e grupos de idade em 2000. Conforme esperado, os rendimentos médios da população brasileira masculina crescem até os 55 anos, decrescendo a partir daí. No entanto, os rendimentos da população idosa situam-se num patamar mais elevado que o da população jovem. Por exemplo, entre os homens o mais baixo rendimento percebido pela população idosa foi o do grupo que tinha mais de 80 anos e era maior do que o recebido pela população menor de 25 anos. Já o grupo de 60 a 64 anos tinha uma renda mais elevada que a população menor de 40 anos. É a sua maior renda relativamente à dos mais jovens, o que tem propiciado aos idosos maior capacidade de oferecer suporte familiar.

GRÁFICO 28
BRASIL: RENDIMENTO MÉDIO DE TODAS AS FONTES POR SEXO E IDADE — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

O comportamento da curva de rendimentos da população feminina difere da masculina, como mostra o Gráfico 28. Em primeiro lugar, os rendimentos absolutos são bem mais baixos. Em segundo, estes crescem com a idade até o grupo 45-49 anos, onde os diferenciais em relação à população masculina são os mais elevados. A partir desse grupo de idade, os rendimentos médios recebidos declinam ligeiramente e se estabilizam a partir dos 55 anos. Os rendimentos femininos não são muito afetados pela idade. Os rendimentos da população idosa só são menores do que os da população de 40 a 59 anos. Vários trabalhos já mostraram que, em relação aos rendimentos, as mulheres idosas estão relativamente melhores que a dos demais grupos etários e, mesmo, que os dos homens [ver Camarano (2003) e Camarano e Pasinato (2002)]. Isso se deve às pensões por viuvez.

É baixa a proporção dos idosos sem rendimento, proporção esta decrescente com a idade e maior entre as mulheres (ver Gráfico 29). Dentre os idosos brasileiros, menos de 12,7% não tinham nenhuma renda em 2000. Essa proporção foi bem menor do que a observada em 1981 — 21%. Essa redução se deve ao aumento das mulheres com algum rendimento. Os diferenciais entre homens e mulheres na proporção mencionada foram também bem expressivos. Em 1981, 2,5% dos homens idosos não tinham nenhum rendimento e, entre as mulheres, essa proporção foi de 37,4%. Em 2000, a proporção de mulheres sem rendimento atingiu 18,5%. Entre 1981 e 1998, a variação mais expressiva se deu na proporção de mulheres que recebia mais de um salário mínimo; esta passou de 15,3% para 34,4% [Camarano e El Ghaouri (1999)]. Foi visto na Seção 4 que a proporção de famílias pobres nas famílias que continham idosos era menor do que nas que não continham.

GRÁFICO 29
BRASIL: PROPORÇÃO DE IDOSOS COM RENDA ZERO POR SEXO E IDADE — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

Essa melhoria não ocorreu de forma linear no tempo. Houve uma piora entre 1981 e 1987 e uma melhoria nos últimos dez anos analisados [Camarano e El Ghaouri (1999)]. Essa melhoria é resultado da universalização da ampliação da cobertura da previdência rural e da legislação da assistência social estabelecidas pela Constituição de 1988, que garante aos idosos carentes maiores de 65 anos um salário mínimo mensal.

Dentre as várias situações em que se coloca o idoso do sexo masculino, aquela que aufere o maior rendimento é composta pelo idoso que está aposentado e trabalha, conforme mostra a Tabela 12. Ignorando os diferenciais nos níveis de educação, por exemplo, pode-se dizer que o aposentado puro tem o seu rendimento médio menor em R$ 994 do que o do indivíduo aposentado que trabalha. Já o aposentado que trabalha aumenta o seu rendimento em R$ 598 em relação trabalhador puro. Este, por sua vez, aufere um rendimento maior em aproximadamente R$ 400 do que o rendimento do indivíduo que é apenas aposentado. Isso parece sugerir uma seletividade do idoso que trabalha em termos de escolarização, renda e, obviamente, saúde.

Como já visto, o rendimento feminino é bem menor do que o masculino em todas as categorias, sendo a menor diferença encontrada na categoria de aposentado puro e a maior na de trabalhador puro (ver Tabela 12). No entanto, as diferenças estão no mesmo sentido das observadas para a população masculina.

TABELA 12

BRASIL: RENDIMENTO MÉDIO DO IDOSO POR SEXO E IDADE SEGUNDO A CONDIÇÃO DE APOSENTADORIA E TRABALHO — 2000

[em R$]

	Aposentado puro	Aposentado que trabalha	Trabalhador puro	Não é aposentado e não trabalha
Homens				
60-64	690,47	1.708,14	915,46	231,98
65-69	583,83	1.507,50	1.030,82	313,67
70-74	550,86	1.443,71	1.205,86	443,31
75-79	541,38	1.439,91	1.371,24	465,05
80 e mais	462,96	1.503,54	1.007,51	408,24
Total	570,29	1.564,20	966,20	314,70
Mulheres				
60-64	361,63	1.018,42	609,07	142,08
65-69	345,13	914,94	659,47	196,08
70-74	355,79	883,56	743,98	268,80
75-79	351,19	954,95	683,15	356,94
80 e mais	311,64	866,51	525,79	406,67
Total	346,37	959,83	626,98	227,32

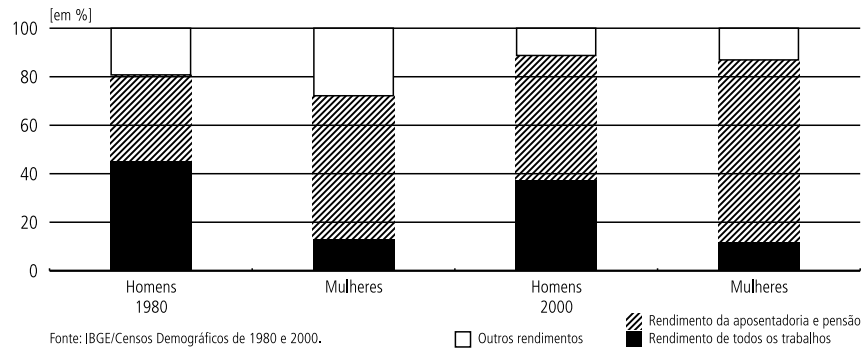
Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

6.2 Fonte dos Rendimentos

O Gráfico 30 mostra que a maior parte da renda dos idosos, em 2000, provinha da aposentadoria tanto para homens quanto para mulheres e essa importância cresceu entre 1980 e 2000. Para a população idosa masculina, a contribuição da renda das aposentadorias e pensões na sua renda passou de 35,5% em 1980 para 51,3% em 2000. Em contrapartida, a proporção da sua renda que vinha da renda do trabalho declinou de 45,3% para 37,5%.

Entre as mulheres, a importância da renda das aposentadorias e pensões é maior do que entre os homens, devido ao peso que as pensões por viuvez aí representam. Os dois tipos de benefícios foram responsáveis por 58,1% da renda das mulheres idosas em 1980 e passou a ser responsável por 75,3%. O aumento da importância das aposentadorias na renda das pessoas idosas pode estar refletindo não só um efeito composição, ou seja, o maior peso de grupos mais velhos, como também maior cobertura do sistema previdenciário. Isso é particularmente verdade

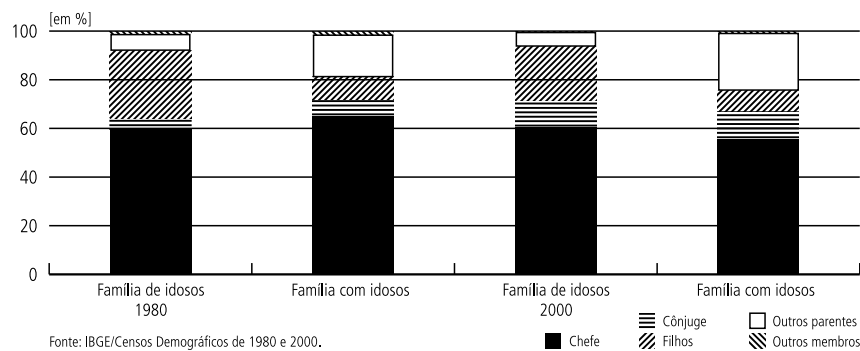
GRÁFICO 30
BRASIL: COMPOSIÇÃO DA RENDA DA POPULAÇÃO IDOSA SEGUNDO AS FONTES DE RENDIMENTO — 1980 E 2000
[em %]

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

para as mulheres que foram as grandes beneficiárias das mudanças constitucionais no que diz respeito à previdência rural.[16]

6.3 A Participação da Renda do Idoso na Renda da Família

Os idosos são responsáveis por uma contribuição importante na renda das famílias que têm idosos, contribuição que tem crescido ao longo do tempo. Em 1980, a contribuição do rendimento do idoso na renda da sua família foi de 46,6% e passou para 58,5% em 2000. Essa contribuição é diferenciada segundo a posição do idoso na família. O Gráfico 31 apresenta a participação da renda do idoso na renda da sua família de acordo com a sua posição no domicílio em 1980 e 2000.

GRÁFICO 31
BRASIL: CONTRIBUIÇÃO NA RENDA DA FAMÍLIA DOS MEMBROS E O TIPO DE FAMÍLIA — 1980 E 2000
[em %]

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

16. Sobre isso, ver neste livro Delgado e Cardoso Jr., Beltrão *et alii* e Saboia.

Essas foram divididas em dois grupos. Um deles formado por famílias onde os idosos são chefes ou cônjuges e outro por famílias onde os idosos são outros parentes.

Em 2000, se o idoso for chefe ou cônjuge, a sua contribuição na renda da família onde está inserido é de 71,3% e se este for outro parente ela declina para 23,3%. Em 1980, as proporções comparáveis foram de 64,3% e 17,0%, mostrando um aumento na sua contribuição independentemente da sua posição no domicílio. Como já se viu, as famílias de idosos são aquelas famílias que contêm, também, filhos e netos. Isso pode ser explicado, por um lado, pelas melhores condições de vida dos idosos e, por outro, pelo aumento da exclusão e da limitação das oportunidades para os jovens em curso no país. Essa situação tem exigido dos pais desses jovens, provavelmente na faixa etária considerada idosa, um apoio material adicional. Por outro lado, a contribuição dos outros parentes na renda familiar não é desprezível.

6.4 Participação do Benefício na Renda do Idoso

Como foi visto na seção anterior e em outros capítulos deste livro[17] a proporção de idosos que recebem algum tipo de benefício (aposentadoria ou pensão por viuvez) aumentou expressivamente entre 1980 e 2000. Também se viu que grande parte da renda do idoso vem do benefício da seguridade social. A proporção desse rendimento na renda das famílias passou de 36% em 1980 para 45% em 2000.

Do que foi mencionado, pode-se concluir que, em nível micro, o grau de dependência dos indivíduos idosos é, em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Isso sugere que quando se reduz ou se aumenta os benefícios previdenciários, o Estado não está simplesmente atingindo indivíduos, mas uma fração considerável dos rendimentos de famílias inteiras. Isso é importante de ser notado porque, como conseqüência, o perfil do sistema previdenciário construído hoje influirá na distribuição futura da renda das famílias.

7 SUMÁRIO DOS RESULTADOS

O trabalho procurou mostrar como vive o idoso brasileiro hoje, ou seja, no período mais recente, e também buscou inferir, na medida do possível, se as suas condições de vida diferem das do idoso de um passado recente. Além disso, buscou-se olhar para outros impactos do envelhecimento sobre o Estado e a família.

A primeira dificuldade deparada foi com a definição de população idosa. O critério de idade cronológica não se mostrou apropriado, pois, a categoria idoso não pode ser definida apenas por esse critério, já que é uma categoria socialmente

17. Ver neste livro Oliveira *et alii*, Saboia, Delgado e Cardoso Jr. e Beltrão *et alii*.

construída. Além disso, reconhece-se estar trabalhando com um intervalo etário de aproximadamente 30 anos, o que resulta numa grande heterogeneidade do segmento estudado. Buscou-se ressaltar essas diferenças utilizando-se de alguns recortes etários.

Uma das conclusões a que se chegou é que a relação entre envelhecimento e dependência não é tão clara. Uma parcela expressiva de indivíduos que, apesar de serem considerados idosos, ainda está em pleno vigor físico, gozando de boa saúde está inserida no mercado de trabalho, mesmo aposentada, assumindo papéis não esperados, como o de suporte a outros membros da família, especialmente a filhos adultos.

Uma das razões se dá pela maior renda dos idosos, *vis-à-vis* alguns segmentos populacionais como os jovens. Isso resulta em que o peso da sua renda no orçamento de suas famílias seja expressivo. Foi visto que as aposentadorias e pensões desempenham um papel muito importante na renda dos idosos e, em especial, das mulheres.

A outra razão é devida à queda da mortalidade conjugada às melhorias nas condições de saúde provocadas por uma tecnologia médica mais avançada, bem como a universalização da seguridade social, maior acesso a serviços de saúde e outras mudanças tecnológicas levaram o idoso brasileiro a ter a sua expectativa de sobrevida aumentada, a ter reduzido o seu grau de deficiência física ou mental, a poder chefiar mais suas famílias e a trabalhar e viver menos na casa de parentes.

Pode-se dizer que, em geral, o idoso está em melhores condições de vida que a população mais jovem: apresenta um rendimento maior, uma parcela maior tem casa própria já paga e contribui significativamente na renda das famílias. Nas famílias cujos idosos são chefes, encontra-se uma proporção expressiva de filhos e netos morando juntos. Essa situação deve ser considerada à luz das transformações por que passa a economia brasileira, levando a que os jovens estejam experimentando grandes dificuldades em relação à sua participação no mercado de trabalho, o que tem repercutido em altas taxas de desemprego, violências de várias ordens, criminalidade etc.

Por outro lado, os resultados mostram a influência da idade no aumento da vulnerabilidade física/mental da população. Uma parcela não-desprezível da população idosa tem dificuldades em ouvir, enxergar, subir escadas e lidar com as atividades básicas do cotidiano. Essas dificuldades parecem estar sendo adiadas para as idades mais avançadas como está acontecendo com a mortalidade. É esse o segmento que demanda cuidados, o que, no caso brasileiro, recai em quase toda a sua totalidade sobre a família, principalmente sobre as mulheres. Grande parte desses idosos mora em casa de famílias na condição de outros parentes, o que será visto no Capítulo 5 deste livro.

A inatividade potencial atribuída aos indivíduos idosos é mais observável entre as mulheres. Elas são mais vulneráveis do ponto de vista de menor autonomia e por apresentarem uma proporção mais elevada de sem rendimentos. Para elas, é mais fácil associar o envelhecimento com a inatividade, mas não necessariamente com a dependência econômica. Isso se deve também ao efeito de coorte — à menor participação na atividade econômica das mulheres idosas no passado. O casamento foi uma condição importante para o bem-estar econômico dessas mulheres na última fase da vida.

BIBLIOGRAFIA

ARRIAGADA, I. *Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 1997.

BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., KANSO, S. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004 (Texto para Discussão, 1.034).

BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., MELLO, J. L. *Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da Seguridade Rural*. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População, realizado em Caxambu. MG, de 18 a 20 de setembro, 2004.

BERCOVICH, A. M. Características regionais da população idosa no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v. 10, n. 1-2, p. 125-143, 1993.

CAMARANO, A. A. *O idoso brasileiro no mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: IPEA, out. 2001 (Texto para Discussão, 830).

__________. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 858).

__________. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, São Paulo: USP/Instituto de Estudos Avançados, n. 49, p. 35-63, 2003.

CAMARANO, A. A., ABRAMOVAY, R. Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: panorama dos últimos 50 anos. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* (RBEP), v. 15, n. 2, p. 45-46, jul./dez. 1998.

CAMARANO, A. A., EL GHAOURI, S. K. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999.

__________. *Família com idosos: ninhos vazios*? Rio de Janeiro: IPEA, abr. 2003 (Texto para Discussão, 950).

CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. *Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres*? Rio de Janeiro: IPEA, jun. 2002 (Texto para Discussão, 883).

CAMARANO, A. A. *et alii*. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999.

CASELLI, G., LOPEZ, A. D. *Health and mortality among the elderly: issues for assessment. International estudies*. New York: Oxford University Press Inc., p. 3-20, 1996.

CUNHA, L. M. P. da. *Dificuldades da população idosa nas atividades da vida diária: uma análise comparativa*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, ago. 2004 (Dissertação de Mestrado).

IBGE. *Censo Demográfico de 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991 e 2000*.

———————. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998.*

———————. *Características gerais da população — resultados da amostra*. Rio de Janeiro, p. 1-178, 2000.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.

PARTE 2

QUANTO E COMO ALÉM DOS 60

CAPÍTULO 2

QUÃO ALÉM DOS 60 PODERÃO VIVER OS IDOSOS BRASILEIROS?*

Ana Amélia Camarano
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

Solange Kanso
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

Juliana Leitão e Mello
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

1 INTRODUÇÃO

O aumento da esperança de vida ao nascer pode ser visto como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira na última metade do século XX. O período após a Segunda Guerra Mundial foi marcado por uma redução expressiva nos níveis de mortalidade infantil. Essa redução foi seguida por uma queda, também significativa, da mortalidade nas idades adultas, que a partir dos anos 1980 atingiu a população idosa. Todos esses movimentos resultaram em aumentos expressivos na esperança de vida.

Como conseqüência da queda da fecundidade o processo de envelhecimento populacional brasileiro tem se acentuado. Além disso, o grupo aqui considerado idoso também está envelhecendo, ou seja, não só o grupo dos idosos tem crescido mais do que os demais grupos populacionais, como entre os idosos observa-se um aumento do número e da proporção dos muito idosos. Nota-se, inclusive, um crescimento no número de centenários. O Censo Demográfico de 2000 encontrou cerca de 24,5 mil pessoas com mais de 100 anos. Isso se deve, principalmente, à queda da mortalidade entre a população idosa.

Há indicações de que a mortalidade entre a população idosa pode ainda ser reduzida em todo o mundo. Um prognóstico comum entre os gerontólogos é de um declínio continuado de mortes prematuras, uma compressão da mortalidade próxima do limite biológico, bem como a emergência de um padrão de morte

* As autoras agradecem a Kaizô Beltrão pela leitura cuidadosa do trabalho e a Jordana Fonseca e Bruno Negreiros pela ajuda no processamento dos dados e levantamento bibliográfico.

natural ao fim do período de vida. Quer dizer, prognostica-se uma continuação nos ganhos da esperança de vida e uma redução da morbidade.

Vários cenários e projeções de esperança de vida já foram desmentidos pela realidade. Ainda assim, estudos continuam sendo feitos com o propósito de especular sobre os valores prováveis da esperança de vida no futuro. O que se encontra na literatura é um consenso sobre a continuação da queda da mortalidade, mas não há consenso sobre até quando e como ela pode cair.

Atualmente, valores de esperança de vida acima de 80 anos são observados no Japão, Austrália, Cingapura, Suíça e Suécia.[1] Como se viu em outro capítulo deste livro,[2] a esperança de vida ao nascer da população brasileira atingiu 71,2 anos em 2000, tendo aumentado nove anos entre 1980 e 2000. Em 2000, uma pessoa que chegou aos 60 anos poderia ainda esperar viver, em média, 21,1 anos — 3,3 anos a mais do que em 1980. Objetiva-se, neste trabalho, avaliar até quanto a mortalidade da população idosa brasileira poderá cair e qual será o seu impacto sobre a esperança de vida ao nascer e aos 60 anos.

Nesse sentido, o trabalho busca identificar as causas de morte que poderiam ser evitadas de forma a contribuir para uma esperança de vida mais elevada. A título de exercício, foram realizadas algumas simulações intentando medir os ganhos na esperança de vida ao nascer e aos 60 anos da população brasileira caso determinadas causas de morte fossem evitadas. Para isso, tomou-se como base uma metodologia apresentada em um estudo da Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP, s.d.).

Como nos demais capítulos deste livro, considera-se como população idosa a de 60 anos e mais. Os dados de óbitos utilizados são provenientes do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde para 1980, 1991 e 2000 e os de população são oriundos dos censos demográficos desses anos.

O trabalho está dividido em seis seções, além desta introdução. Na segunda seção, apresenta-se uma breve revisão da literatura sobre as perspectivas da continuação do aumento da esperança de vida na esfera internacional. A Seção 3 detalha a metodologia do estudo da EASP para classificar os óbitos evitáveis e as adaptações feitas para as finalidades deste trabalho. Com essa metodologia, é possível calcular o número de anos perdidos na esperança de vida ao nascer e às várias idades devido a causas consideradas evitáveis. A Seção 4 analisa o comportamento das taxas de mortalidade consideradas evitáveis e a Seção 5 apresenta os principais resultados que seriam alcançados pela esperança de vida ao nascer e aos 60 anos,

---

1. Dados retirados do *site* US Census Bureau em 26/05/2004 referentes ao ano de 2003.

2. Capítulo 1, de Camarano, Kanso e Mello.

quando se eliminam tais causas de morte. Por fim, a Seção 6 discute os resultados tendo em vista as implicações dos ganhos futuros na esperança de vida e as condições de saúde.

2 QUANTOS ANOS OS SERES HUMANOS SÃO CAPAZES DE SOBREVIVER?

2.1 Perspectivas para a Continuação do Aumento da Esperança de Vida

Esta questão, colocada por Olshansky, Carnes e Brody em 2002, na verdade, desde o século XVIII vem preocupando vários estudiosos. Um dos primeiros trabalhos conhecidos sobre o assunto é o de Abraham e Moivre,[3] que utilizaram uma função matemática da probabilidade de sobrevivência por idade para estimar a duração máxima da vida. A partir desse modelo, vários outros foram desenvolvidos ao longo dos séculos. Dentre eles, encontram-se desde os caracterizados pela ausência de informações adequadas sobre a idade de morte e risco de exposição até os mais complexos, elaborados no século XX. Todos tinham por objetivo especular sobre a duração da vida e teorizar sobre métodos capazes de estimar o tempo vivido pelas pessoas. No entanto, não puderam responder à questão da extensão máxima da vida: o limite da tábua de vida [Duchene e Wunsch (1988)].

O que existe, hoje, é uma considerável controvérsia quanto aos padrões futuros de morbidade/mortalidade, com alguns cenários otimistas, outros caminhando em direção oposta e vários já desmentidos pela realidade.

Por exemplo, em 1978, Pichat estimou um limite para a esperança de vida ao nascer da humanidade em torno de 77 anos. Essa estimativa foi obtida separando as causas endógenas das exógenas e eliminando essas últimas. Esse limite já foi atingido em vários países desenvolvidos, como o Japão, desde 1990. Nos Estados Unidos, em 1900, a esperança de vida aos 65 anos para ambos os sexos era inferior a 12 anos e apenas 13% das pessoas nessa idade ultrapassavam os 85 anos. No fim do século XX, a esperança de vida aos 65 anos aumentou para 17 anos e 42% das pessoas de 65 anos atingiram os 85 anos [Costa e Lahey (2001)].

Wilmoth (1997) apresenta três abordagens para o limite da vida humana encontradas na literatura. A primeira assume a existência de um limite máximo da vida dado pela idade da morte do indivíduo mais velho, considerado o mais resistente. Nesse caso, o limite máximo da vida pode se aproximar dos valores atuais. Duchene e Wunsch (1988), baseados em biólogos e gerontólogos, afirmam que a idade máxima de morte é de 115 anos para ambos os sexos. A argumentação é que a longevidade é programada geneticamente e mesmo com a eliminação de todas

3. *Apud* Duchene e Wunsch (1988).

as doenças, a morte vai ocorrer, uma vez que a capacidade de reprodução das células é limitada.

Registros de uma idosa falecida aos 122 anos foram encontrados por Robine e Allard (1995).[4] O homem mais idoso viveu 115 anos, segundo Wilmoth *et alii* (1996).[5] É possível que a vida humana ultrapasse esse valores? De acordo com Wilmoth, não é possível afirmar nem negar essa possibilidade.

Na visão de Wilmoth (1997), a hipótese descrita não se sustenta, pois assume que seja possível alguém viver até uma idade x, mas que a sobrevivência na idade $x + 1$ dia é impossível. Está baseada em dois argumentos demográficos que parecem não se verificar. O primeiro é que não teria havido incrementos ao longo do tempo na idade máxima de morte para as populações humanas [Fries (1980) e Olshanshy *et alii* (1980) *apud* Wilmoth (1997)]. Wilmoth e Lundstrom mostraram tendências diferentes em alguns países. Na Suécia, por exemplo, a análise da idade máxima de morte reportada entre 1850 e 1990 atingiu os 130 anos [*apud* Wilmoth (1997)] indicando crescimento no período. O segundo argumento demográfico que sustenta essa hipótese é a suposição de que as taxas de mortalidade cresceriam exponencialmente com a idade, como mostrado pela Curva de Gompertz. Isso assegura um limite máximo da vida finito. Wilmoth (1997) também não aceita essa suposição, por considerar que a curva de Gompetz não descreve a mortalidade humana nas idades avançadas.

A segunda abordagem de Wilmoth (1997) é a da compressão ou retangularização da curva de sobrevivência. De acordo com essa hipótese, a variância da idade de morte da tábua de vida deve declinar com o aumento da esperança de vida, ou seja, as taxas de mortalidade declinariam aos níveis mínimos até uma determinada idade, quando cresceriam expressivamente. Segundo Rogers (1995),[6] a curva de sobrevivência dos países desenvolvidos aproxima-se cada vez mais da retangularização com o prosseguimento da queda da mortalidade infanto-juvenil, que está atingindo níveis mínimos, e adiamento das mortes por doenças crônico-degenerativas devido aos avanços médicos.

A curva de retangularização proposta por Fries (1980) considera que a maioria da população sobrevive aos 70 anos: 66% das mortes ocorrem entre 81 e 89 anos, 95% entre 77 e 93 anos e aos 100 anos todos terão falecido. Constatou-se que a idade em que a sobrevivência da população feminina japonesa começou a decrescer

---

4. *Apud* Wilmoth (1997).

5. *Apud* Vaupel (1997).

6. *Apud* Cunha (2004).

era muito semelhante à da curva de Fries (1980). No entanto, o limite máximo biológico apresenta um diferencial, pois, a população centenária tem crescido no Japão e em vários países do mundo [Vaupel (1997)]. Muitos demógrafos têm especulado que a esperança de vida ao nascer pode facilmente se aproximar dos 100 anos.[7]

A última abordagem considerada por Wilmoth (1997) é a da distribuição-limite. Ela supõe que existe uma distribuição para onde a curva de mortalidade pode se aproximar, mas não a supera. A maneira mais comum de estimar a distribuição do limite é pela eliminação de causas de morte consideradas exógenas. Wilmoth considera esta hipótese a mais útil para o debate demográfico sobre o limite máximo da longevidade, muito embora reconheça algumas de suas limitações. Uma delas é a interdependência entre as causas de morte e a outra advém das dificuldades em distinguir as causas de morte exógenas das endógenas ou entre senil e não-senil.

Pode-se pensar a mortalidade humana como resultado de um duplo processo. Nas idades jovens, a mortalidade endógena pode ser vista como "defeito de fabricação", independentemente da idade. No segundo processo, a mortalidade é resultado, por um lado, do envelhecimento gradual do organismo, produto de agressões externas e, por outro, do processo intrínseco de envelhecimento já programado geneticamente. Levando-se em conta a heterogeneidade das populações, a idade média da morte "natural" deveria variar entre 85 e 100 anos [Duchene e Wunsch (1988)].

De acordo com Manton, Stallard e Tolley (1991), as várias perspectivas sobre o aumento da esperança de vida podem ser classificadas em três grupos: a *tradicional*, a *visionária* e a *empiricista*.

A visão *tradicional* sugere que o limite da esperança de vida não é muito mais elevado que a atual esperança de vida observada em alguns países, ou seja, em torno de 85 anos.[8] Fries (1980) defende a idéia da existência de freios biológicos que limitam a vida humana, freios esses que não são afetados por mudanças na mortalidade por causas específicas. Seus estudos apontam para um baixo número de centenários em todo o mundo. Segundo ele, muitas pessoas que declararam ter ultrapassado o centésimo aniversário não o fizeram de fato. Os números reportados seriam equívocos decorrentes da precariedade dos registros de nascimentos ocorridos no século passado, particularmente, nos países pobres.

Outros estudos mais recentes, no entanto, têm confirmado a existência de centenários através da avaliação das informações. Por exemplo, Rosenwaike e Stone

7. *Apud* Olshansky, Carnes e Cassel (1993).

8. Visão defendida por Olshansky, Carnes e Cassel (1993) e Fries (1980).

(2003) constataram a veracidade dos registros da maioria das pessoas com mais de 110 anos nos Estados Unidos, conhecidas como supercentenárias. De acordo com os autores, dentre os que se declararam supercentenários, 90% são de cor branca. Entre a população negra, essa proporção cai para 50%.

Vaupel (1997) também afirma que o número de centenários está crescendo em todo o mundo, embora o seu total ainda seja escasso. Estimou-se que um total de aproximadamente 100 mil centenários em todo o mundo presenciou a virada do século XX. Na China, esse número dobra a cada década e na Inglaterra em 1997, aproximadamente 3 mil pessoas comemoraram o centésimo aniversário. O declínio das taxas de mortalidade da população de mais de 80 anos é um fator explicativo desse processo.

A perspectiva *visionária* sugere que os avanços na pesquisa biomédica irão aumentar os limites dos freios biológicos, podendo a esperança de vida aumentar entre 25 e 50 anos. Nesse caso, a esperança de vida poderá atingir entre 100 e 125 anos [Strehler (1975) *apud* Manton, Stallard e Tolley (1991)] ou chegar a valores próximos de 150 a 200 anos [Rosenberg *et alii* (1973) *apud* Manton, Stallard e Tolley (1991)].

A perspectiva *empiricista* acredita que o limite da esperança de vida ao nascer está longe de ser alcançado, porque a mortalidade está declinando e progressos estão sendo feitos no tratamento e na administração de doenças crônicas e incapacidades que caracterizam a mortalidade no último estágio da vida.

Essa perspectiva sugere que a senescência acarretada pela idade é multidimensional sendo cada dimensão associada a uma doença crônica. Portanto, progressos no tratamento de doenças como arterioesclerose, mal de Alzheimer e osteoporose podem resultar em um aumento do limite da esperança de vida. Reduções na mortalidade por doenças cardiovasculares têm sido observadas em quase todo o mundo. Luepker (2001) mostra que nos anos 1970, 30% - 40% dos adultos com idades superiores a 65 anos não sobreviviam às internações por infarto do miocárdio. Em 1995, essas proporções declinaram para 15% e os dias de internação por esse motivo também declinaram: passaram de oito dias, em 1980, para cinco dias, em 1995.

Em defesa dessa hipótese, vários demógrafos falam da quarta fase da transição epidemiológica, em que a geração mais velha, particularmente nos países desenvolvidos, vivenciará declínios expressivos na mortalidade e ganhos na expectativa de vida. Essa perspectiva fundamenta a visão de Vaupel (1997) sobre o crescimento de centenários em todo o mundo. No Brasil, o número de centenários dobrou entre 1980 e 2000: passou de 12.225 para 24.576.

Para estimar o limite da vida humana, vários autores baseiam-se nas tendências passadas da mortalidade e projetam-nas para o futuro. Outros teorizam sobre as forças que influenciam a duração da vida dos animais. É bastante reconhecido que a saúde e a mortalidade nas idades avançadas são afetadas pelas condições socioeconômicas, nutricionais, prática de exercícios físicos etc. Nessa abordagem, o estilo de vida é uma peça fundamental. Entretanto, esses fatores nem sempre são incorporados aos modelos [Manton, Stallard e Tolley (1991)].

As projeções sobre a duração da vida humana baseadas em modelos matemáticos têm levado alguns pesquisadores a concluir que não existem limites inferiores para as taxas de mortalidade e, conseqüentemente, não existem limites superiores para a esperança de vida. Apontam para a possibilidade de uma esperança de vida em torno de 100 anos no século XXI [Carnes, Olshansky e Grahan (2003)]. Vários autores têm discutido a viabilidade desses prognósticos do ponto de vista da teoria evolucionária.[9]

De acordo com Carnes, Olshansky e Grahan (2003), a teoria evolucionária do envelhecimento assume que o meio ambiente hostil sempre impõe barreiras para a sobrevivência indefinida dos seres, fazendo com que seja impossível alcançar a imortalidade. Qualquer organismo vivo é constituído de materiais biológicos (material genético) de gerações passadas, que sofrem extensiva influência de processos biológicos. No entanto, aqueles necessários para garantir a extrema longevidade nunca se encontram entre esses materiais. As conseqüências biológicas do envelhecimento, que podem ser entendidas como as doenças fatais ou não-fatais que acometem os indivíduos, são reveladas quando estes sobrevivem além do seu período reprodutivo. Os seres humanos, bem como os animais de laboratório, que estão protegidos dos perigos da natureza, apresentam padrões previsíveis de morbidade/mortalidade por idade sugerindo uma duração funcional para os organismos, denominada "período de garantia biológica".

Carey e Judge (2001) descreveram uma teoria geral para a longevidade das espécies sociáveis, especialmente aplicada aos humanos. Basearam-se na observação de uma base de dados contendo informações sobre a duração máxima da vida de espécies vertebradas e invertebradas. Esses dados foram classificados de acordo com a determinação da duração de vida dentro de dois grupos: *a*) duração de vida selecionada pelo ambiente — essa categoria inclui animais cuja história de vida envolve condições ambientais geralmente adversas, tal como escassez de água e de comida e *b*) duração de vida selecionada socialmente — inclui espécies que exibem

9. Ver sobre o assunto Carnes, Olshansky e Grahan (2003) e Olshansky, Carnes e Brody (2002).

extensivo cuidado familiar ou social. A longevidade está geralmente associada a seleção natural, sexual ou por parentesco.

Um ponto que chamou a atenção no processo de avaliação do aumento da longevidade nas espécies sociáveis é a consideração de gerações (grupos etários) que cuidam de outras gerações. Esse processo altera o ritmo e a dinâmica dos eventos do ciclo da vida e as suas propriedades qualitativas. Essa teoria sugere que a longevidade em espécies solitárias dentro de um contexto mesmo ambiental é menor do que a das espécies sociáveis. Por exemplo, em um contexto de restrição calórica a resposta dada por uma espécie solitária difere da de uma espécie que vive em sociedade, que conhece comportamentos como ajuda, repartição e estocagem de comida.

A longevidade humana está relacionada não só com a sua capacidade de controlar o ambiente, mas também com o seu legado filogenético. Uma gestação longa, uma prole pouco numerosa, longos intervalos entre nascimentos somados a cuidados maternos e a sociabilidade são importantes determinantes da extensão da longevidade. Aceita essa perspectiva, apoio familiar e integração social passam a ser políticas importantes na continuação dos ganhos de esperança de vida da população brasileira.

Para a biodemografia, os ganhos futuros na expectativa de vida dos países desenvolvidos virão da redução da mortalidade dos idosos através da intervenção no processo de envelhecimento. No entanto, entre os pesquisadores das áreas biomédicas, o limite da vida está dado biologicamente e qualquer modelo matemático que não leve as evidências biológicas de limite da vida em conta nas suas projeções fracassará [Olshansky, Carnes e Brody (2002) e Carnes, Olshansky e Grahan (2003)].

Parece consenso entre os especialistas da biodemografia, como reafirmam os autores já citados, que nenhum organismo pode escapar da morte ainda que todas as suas causas sejam eliminadas. Wilmoth (2001) alega que esses autores subestimaram a capacidade de os organismos humanos responderem às mudanças das condições ambientais e comportamentais da sociedade. Nesse sentido, acredita na existência de espaços para aumentos futuros na esperança de vida.

Algumas ponderações são feitas acerca das possibilidades diferenciadas de continuação do aumento da esperança de vida no plano internacional. Caselli, Meslé e Vallin (2002) chamam a atenção para o fato de que vários países desenvolvidos estão experimentando avanços inegáveis no tratamento e prevenção de doenças cardiovasculares, com possibilidades de vivenciar novos ganhos na esperança de vida. No entanto, outros, como é o caso de alguns países da África, ainda vivenciam

a segunda fase da transição epidemiológica, a era das doenças infecto-contagiosas como postulado por Omran (1971). Estão, no início deste século, enfrentando a epidemia da AIDS, a reemergência de velhas doenças e uma redução na esperança de vida.

No Brasil, o padrão etário e por causas da mortalidade está mudando para um perfil de população mais envelhecida com a redução do peso das mortes por doenças infecto-contagiosas e o aumento na proporção da mortalidade por causas externas. Isso tem impedido maiores ganhos na esperança de vida [Beltrão, Camarano e Kanso (2004)].

2.2 O Aumento da Esperança de Vida e as Condições de Saúde

O crescimento da esperança de vida coloca uma questão importante para as políticas públicas: em que condições de saúde viverão os longevos? Para Fries (1980), uma vez que a expectativa de vida chegue bem próxima ao limite biológico, dever-se-á alcançar a "compressão da morbidade", ou seja, a qualidade de vida na ampliação da expectativa de vida. Em um trabalho mais recente, Fries (2002)[10] apresenta os resultados de uma pesquisa feita nos Estados Unidos mostrando que o declínio das taxas de limitação funcional foi superior ao das taxas de mortalidade, o que confirma sua teoria de compressão da morbidade nesse país.

Visões negativas a respeito do aumento da expectativa de vida associado a um aumento drástico e catastrófico na prevalência de distúrbios mentais e doenças crônicas em idosos pautaram o discurso de vários pesquisadores sobre envelhecimento e qualidade de vida nos anos 1960 e 1970 [Gruenberg (1977), Verbrugge (1984) e Kramer (1980)]. Esse processo é denominado falência do sucesso [Fries (2003) apud Cunha (2004)]. Como acentua Egidi (2003), o envelhecimento populacional foi considerado um problema e não um efeito positivo do desenvolvimento social e econômico. Nessa visão, espera-se a continuação do aumento da expectativa de vida, sem, no entanto, uma redução das incapacidades e deficiências advindas das doenças crônicas.

Por outro lado, Thomas (1977) defendeu um ponto de vista mais otimista e previu que as principais doenças da humanidade seriam controladas, podendo-se antever uma sociedade relativamente livre de doenças. A partir dos anos 1980, pesquisas com vários países desenvolvidos mostraram que os idosos mais jovens experimentaram uma melhora na qualidade de vida, com redução de deficiências e incapacidades em executar tarefas cotidianas [Egidi (2003)]. Esses resultados

10. *Apud* Cunha (2004).

abrem a possibilidade de que a severidade das doenças crônicas possa ser gradualmente reduzida, e os muito idosos possam usufruir de melhores condições de saúde, com maior autonomia e qualidade de vida, resultando em taxas menores de mortalidade e em aumento da expectativa de vida.

A partir de pesquisas realizadas entre idosos na Europa, Egidi (2003) defende a tese de que envelhecimento populacional não está necessariamente relacionado a piores condições de saúde e aumento de deficiência, em especial entre os idosos mais jovens. Analisando os dados sobre internações hospitalares, observou que apenas um em cinco homens e uma em seis mulheres haviam sido internados em 1995; um em três homens e menos da metade das mulheres sofriam de alguma deficiência. A maioria dos idosos, principalmente os residentes na Dinamarca, na Holanda e na Bélgica, declarou estar em boas condições de saúde.

Egidi (2003) chama a atenção para o fato de que os idosos europeus de hoje experimentam piores condições sociais que os idosos de amanhã deverão experimentar. A geração dos anos 1920 saiu da escola mais cedo, viveu a Segunda Guerra Mundial, trabalhou para a reconstrução de seu país e, principalmente, esteve exposta a maiores riscos de saúde que as gerações de hoje. No futuro, os idosos terão melhores níveis de escolaridade e participação ativa na vida social e cultural. Tais características podem afetar positivamente as condições de saúde e bem-estar dos idosos, apontando para um cenário positivo, que dependerá, no entanto, de políticas públicas centradas na promoção da saúde desde as primeiras idades.

Sintetizando, não há indicação clara de que uma proporção expressiva de idosos possa ultrapassar os 110 anos independentemente da queda da mortalidade nas idades avançadas. É provável que à medida que as mortes tendam a se concentrar nas idades mais avançadas, o declínio nas taxas de mortalidade diminua.

3 METODOLOGIA APLICADA

Parte dos óbitos de todas as faixas etárias deve-se a causas evitáveis, por isso, eles são considerados prematuros. Correspondem a mortes que não deveriam ocorrer, já que poderiam ser evitadas. Esse conceito traz consigo a constatação de que há possibilidade de melhoria nos serviços de saúde, na qualidade de vida etc. Todos os segmentos etários são afetados por mortes que podem ser evitadas por um maior acesso a tratamento médico. Neste trabalho, a atenção é colocada no segmento idoso.

Alguns estudos definiram as causas evitáveis para a população idosa, com o objetivo de se desenvolverem estratégias para evitá-las.[11] A primeira classificação de causas de morte evitáveis foi proposta por Rutstein e, posteriormente, desenvolvida por Charlton [Rutstein (1976) e Charlton (1983) *apud* EASP (s.d.)]. Foram identificadas as causas que são influenciadas pela qualidade no atendimento dos serviços de saúde e recursos utilizados e classificadas nos seguintes grupos:

- Grupo I: causas evitáveis por meio da prevenção primária — incluem as patologias que podem ser diagnosticadas primariamente, permitindo uma intervenção na prevenção, reduzindo a incidência da doença;

- Grupo II: causas evitáveis por meio do diagnóstico "precoce" e tratamento oportuno — requerem prevenção secundária; e

- Grupo III: causas evitáveis por meio de melhoria nos tratamentos e cuidados médicos — incluem as doenças suscetíveis de tratamentos e avanços na medicina.

A Tabela 1 detalha as causas de morte evitáveis em cada um dos grupos mencionados. Além dessas causas elencadas como evitáveis, consideraram-se, em separado, as mortes resultantes de causas externas, em razão de se constituírem na sétima causa de morte da população idosa em 2000, como se pode ver neste livro, no Capítulo 1 de Camarano, Kanso e Mello. A mensuração da redução do impacto da mortalidade por causas externas na esperança de vida ao nascer também foi desenvolvida pelo IBGE.

O conceito de causas evitáveis pode ser utilizado, também, na construção de indicadores de eficiência das políticas de saúde e qualidade dos serviços oferecidos. Uma das formas de se mensurar esse efeito é eliminar essas causas e depois comparar os valores das esperanças de vida ao nascer que poderiam ser obtidas com as observadas.

O exercício proposto consiste em medir a esperança de vida resultante de uma possível eliminação de causas de morte em 1991 e em 2000. Para o seu cálculo foi utilizada a metodologia das tábuas de sobrevivência[12] desenvolvida por Coale e Demeny (1966). O presente trabalho propõe uma combinação de dois métodos: o primeiro consiste na adoção do conceito de causas evitáveis e o segundo,

11. Várias simulações têm sido feitas para o Brasil medindo o impacto da redução da mortalidade por causas evitáveis na primeira infância [ver, por exemplo, Ortiz (1996 e 1999)].

12. É um instrumento utilizado para simular a experiência de mortalidade de uma coorte hipotética de nascimentos. A população total é transformada em uma população fictícia de 100 mil nascimentos ocorridos no mesmo instante de tempo. Ano após ano, a morte vai sendo contabilizada nessa população possibilitando o cálculo de um conjunto de indicadores. A tábua fica aberta até que ocorra a morte do mais velho sobrevivente.

TABELA 1
CAUSAS DE MORTE EVITÁVEIS SEGUNDO OS GRUPOS CONSIDERADOS

Grupo I
Neoplasia maligna das vias respiratórias altas e trato digestivo
Neoplasia maligna de estômago
Neoplasia maligna do cólon
Neoplasia maligna do fígado
Neoplasia maligna da traquéia, brônquios e pulmão
Neoplasia maligna da bexiga
Enfermidade cerebrovascular
Enfermidade hepática e cirrose crônica
Causas (lesões) e envenenamentos
Acidentes de veículo a motor
Quedas acidentais
Envenenamentos
Suicídios e lesões autoprovocadas
Grupo II
Neoplasia maligna da pele
Neoplasia maligna da mama feminina
Neoplasia maligna do cérvix uterino
Neoplasia maligna do útero
Grupo III
Tuberculose
Enfermidades infecciosas e parasitárias
Neoplasia maligna do testículo
Leucemia
Enfermidades do sistema cardiovascular
Febre reumática
Enfermidade hipertensiva
Cardiopatia isquêmica
Enfermidade da circulação pulmonar
Arterioesclerose
Enfermidade do aparelho respiratório
Diabetes mellitus
Úlcera gástrica e duodenal
Grupo IV
Causas externas

Fonte: Esap/Estudio del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay.
Nota: Adaptação dos autores.

a partir das tábuas-modelo, busca saber quantos anos de vida são perdidos devido a elas. Embora o enfoque do trabalho seja a população idosa, considerou-se o efeito redutor das causas consideradas evitáveis em todos os grupos etários.

Para se alcançar os resultados, foram elaborados seis conjuntos de tábuas de sobrevivência para homens e mulheres, referentes aos anos de 1991 e 2000, a saber:

- T1: Total de óbitos — foram considerados todos os óbitos ocorridos por todas as causas;
- T2: GI — foram excluídos os óbitos ocorridos devido a causas de morte evitáveis, classificadas no Grupo I;
- T3: GII — foram excluídos os óbitos ocorridos devido a causas de morte evitáveis, classificadas no Grupo II;
- T4: GIII — foram excluídos os óbitos ocorridos devido a causas de morte evitáveis, classificadas no Grupo III;
- T5: Causas externas — foram excluídos os óbitos ocorridos devido a causas externas; e
- T6: GI, GII, GIII — foram excluídos todos os óbitos ocorridos devido a causas de morte consideradas evitáveis nos Grupos I, II e III, que já incluem parte das causas externas.

Depois de construídas as tábuas, foram calculados os anos perdidos devidos a cada um dos grupos de causas de morte para ambos os dois anos considerados. Ressalte-se que a metodologia de classificação de causas evitáveis apresentada no trabalho da EASP baseou-se na 9ª classificação de causas de mortes (CID-9) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Isso permitiu a aplicação direta dos dados para o caso brasileiro em 1991. Uma dificuldade encontrada para essa classificação ocorreu quando se trabalhou com os dados do ano 2000. Nesse ano, já vigorava, no Brasil, a 10ª revisão da CID. Foi, então, necessário fazer uma compatibilização,[13] visto que houve mudanças significativas entre uma e outra classificação. Além da alteração dos códigos, verificou-se um aumento no detalhamento das doenças, o que era esperado uma vez que o padrão de mortalidade se alterou — novas doenças surgiram, outras foram controladas e algumas erradicadas. Essa modificação pode ter afetado a comparação dos resultados obtidos.[14]

13. Agradecemos a colaboração de Felipe F. S. Teodoro, estudante de medicina, pelo auxílio na compatibilização da CID-9 com a CID-10.

14. Cumpre ressaltar que não se conhece nenhuma publicação oficial que faça a equivalência entre as duas classificações.

4 TAXAS DE MORTALIDADE POR CAUSAS EVITAVÉIS

No Brasil, a proporção de óbitos por causas consideradas evitáveis é bastante elevada. Em 2000, encontravam-se nesse quadro aproximadamente 75% das mortes, em maior proporção entre a população não-idosa do que entre a idosa e mais alta entre os homens do que entre as mulheres devido ao impacto das mortes por causas externas. Quando apenas as mulheres são consideradas, verifica-se entre as idosas uma proporção mais elevada de mortes evitáveis (ver Gráfico 1). Observou-se, no período considerado, um aumento dessa proporção para os dois grupos populacionais considerados e para ambos os sexos. Isso sugere que o maior impacto sobre a queda da mortalidade foi o provocado pelas causas consideradas não evitáveis. Significa também a existência de um espaço expressivo para a continuação da queda da mortalidade e para o aumento da esperança de vida.

A Tabela 2 mostra o comportamento das taxas de mortalidade da população idosa brasileira geral e as por causas consideradas evitáveis em 1991 e 2000. Enquanto a taxa de mortalidade geral declinou 22% para ambos os sexos, a de causas de morte evitáveis apresentou redução em apenas dois grupos: o Grupo I e o de causas externas. No entanto, essa redução foi expressiva levando a uma queda das taxas de mortalidade do conjunto das causas consideradas evitáveis.

A taxa de mortalidade da população idosa como um todo não é o melhor indicador para se comparar variações temporais no fenômeno, pois é muito afetada pela distribuição etária. A baixa queda observada no período deve-se, provavelmente, ao envelhecimento do contingente idoso. Para eliminar esse efeito, foram apresentadas, também, na Tabela 2, as taxas de mortalidade para a população idosa, em 2000, padronizadas pela distribuição etária de 1991. O envelhecimento populacional do grupo considerado idoso levou a um aumento da taxa geral de

GRÁFICO 1
BRASIL: PROPORÇÃO DE ÓBITOS CONSIDERADOS EVITÁVEIS — 1991 E 2000

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

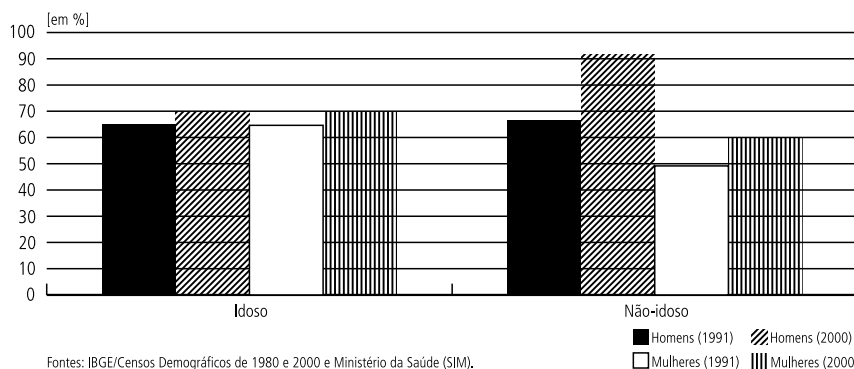



TABELA 2
BRASIL: TAXAS DE MORTALIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA POR GRUPOS DE CAUSAS EVITÁVEIS — 1991 e 2000
[por mil idosos]

Grupos de morte	1991		2000		2000 Padronizada	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Grupo I	10,26	6,50	9,96	6,06	9,61	5,67
Grupo II	0,08	0,76	0,10	0,97	0,86	1,09
Grupo III	16,05	13,24	17,60	14,32	12,14	13,24
Causas externas	1,57	0,65	1,39	0,57	1,36	0,54
Total evitável (excluindo as externas)	26,38	20,50	27,67	21,35	23,97	20,53
Total	52,56	40,23	41,10	31,47	39,18	29,13

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1991 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

mortalidade masculina de 5% e da feminina de 7%, anulando parte do impacto da redução das taxas específicas de mortalidade por idade. Se o envelhecimento não tivesse ocorrido, a redução nessas taxas teria sido de 25% entre os homens e de 28% entre as mulheres, ao contrário dos 28% observados.

As taxas de mortalidade por causas consideradas evitáveis do Grupo I (por prevenção primária) da população masculina experimentaram uma redução de 3% e as da população feminina de 7% (ver Tabela 2). Foram os grupos de causas consideradas evitáveis, os que apresentaram a maior queda, que também foi afetada pelo envelhecimento do segmento. A queda poderia ter sido de 6% entre os homens e de 13% entre as mulheres.

O Gráfico 2 mostra que a mortalidade por essas causas se reduziu em todos os grupos etários. Essa redução foi maior nos grupos mais jovens e entre as mulheres, ou seja, observa-se um adiamento na idade em que as pessoas estão morrendo por esse grupo de causas, o que pode ser visualizado na Tabela 3 pela idade média ao morrer da população idosa, que passou de 82,8 para 85,0 anos entre a população masculina e de 82,5 para 85,0 anos entre a feminina. O adiamento foi ligeiramente mais acentuado entre as mulheres. Dentre os quatro grupos de causas consideradas evitáveis, foi esse grupo o que apresentou um maior adiamento da idade ao morrer.

Dentre as causas de morte analisadas no Grupo I, as provocadas por neoplasias malignas da traquéia, dos brônquios e do pulmão, possuem as taxas mais elevadas: 0,72 por 1.000 idosos em 2000 e atingem mais os homens (1,13) do que as mulheres (0,39). As menores taxas de mortalidade verificadas foram as causadas por neoplasia maligna do fígado.

GRÁFICO 2
BRASIL: TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE POR CAUSAS EVITÁVEIS DO GRUPO I — 1991 E 2000
[por 1.000 idosos]

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1991 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

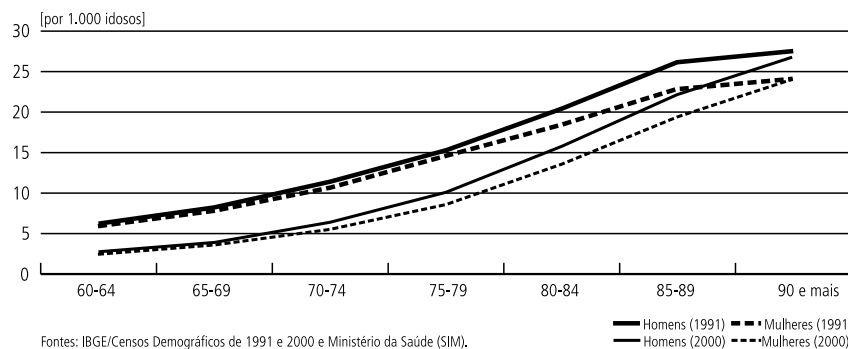



TABELA 3
BRASIL: IDADE MÉDIA AO MORRER DA POPULAÇÃO IDOSA PELAS CAUSAS CONSIDERADAS EVITÁVEIS — 1991 E 2000
[em anos]

Grupos de morte	1991		2000	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Grupo I	82,82	82,50	84,97	85,04
Grupo II	84,18	65,08	81,05	65,08
Grupo III	84,93	84,54	86,23	86,10
Causas externas	83,71	85,68	81,55	85,85
Total evitável (excluindo as externas)	84,22	85,75	83,89	85,66
Total	84,44	85,70	84,76	85,83

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1991 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

As taxas de mortalidade por causas classificadas nos Grupos II e III aumentaram no período. O menor impacto sobre a mortalidade da população idosa seria o provocado pela eliminação de mortes por causas evitáveis através do diagnóstico precoce e tratamento oportuno, taxas classificadas no Grupo II, por serem bastante baixas — de 0,6 por 1.000 idosos em 2000. O seu aumento ocorreu, entre a população idosa mais jovem levando a uma redução na idade ao morrer por esse grupo de causas (Tabela 3). Se não tivesse havido o envelhecimento populacional, o seu acréscimo teria sido maior, principalmente, entre a população masculina.

Devido ao baixo valor dessas taxas, elas não estão apresentadas desagregadas por idade. Das quatro causas selecionadas dentro desse grupo, três afetam apenas

as mulheres: as neoplasias malignas de mama, de colo uterino e do útero. A baixa taxa pode ser um indicador de prevenção e cuidados com a saúde, o que é mais comum entre as mulheres do que entre os homens.

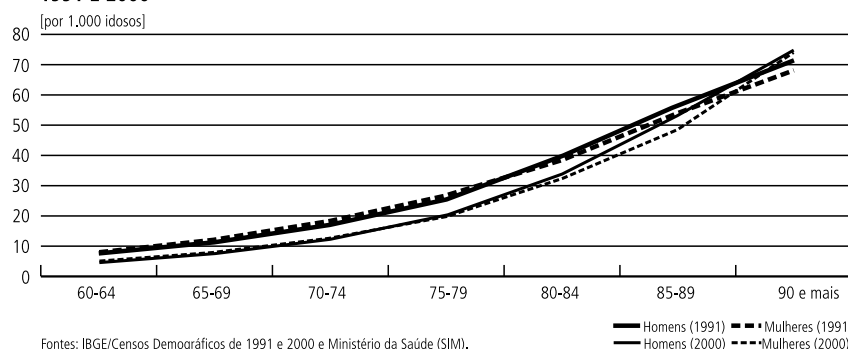
As mais altas taxas de mortalidade foram encontradas no Grupo III. Aí se encontram as causas de morte que podem ser evitadas por melhorias nos tratamentos e cuidados médicos. A importância desse grupo é crescente no tempo e atinge mais as mulheres. Em 2000, foi responsável por 42% dos óbitos masculinos do contingente de idosos e por 46% dos femininos. Conseqüentemente, a sua eliminação é a que provocaria o maior impacto na redução da mortalidade dentre as causas consideradas.

São, também, as taxas mais afetadas pela distribuição etária. Se o contingente estudado não tivesse envelhecido, a taxa masculina teria diminuído de 16,1 por 1.000 idosos para 12,1 em vez de ter aumentado para 17,6 e a taxa feminina teria ficado constante ao invés de ter aumentado (ver Tabela 2).

O Gráfico 3 apresenta as taxas específicas de mortalidade da população idosa por causas evitáveis classificadas no Grupo III. O gráfico também aponta para um decréscimo nas taxas de mortalidade de todos os grupos etários com exceção do constituído pela população maior de 90 anos. O maior decréscimo foi observado entre a população feminina. A idade média ao morrer aumentou de 84,9 para 86,2 anos entre os homens idosos e de 84,5 para 86,1 anos entre as mulheres (Tabela 3) .

Dentro desse grupo de causas de morte, encontram-se a tuberculose, as enfermidades hipertensivas, as cardiopatias e as *diabetes mellitus*. Apesar de a tuberculose ter sido controlada, ela ainda é uma importante causa de morte, principalmente

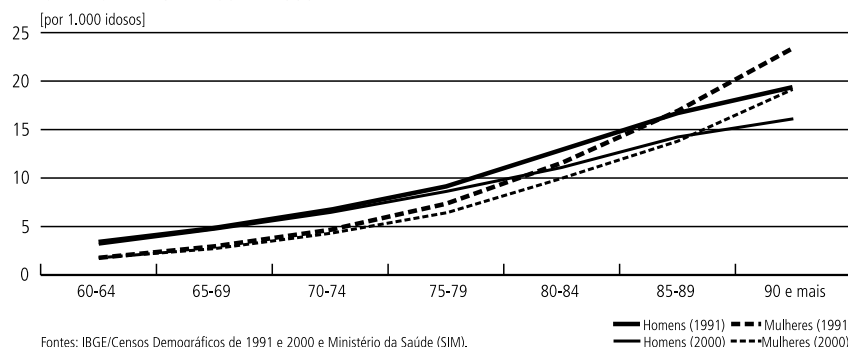
GRÁFICO 3
BRASIL: TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE POR CAUSAS EVITÁVEIS DO GRUPO III — 1991 E 2000

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1991 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

em países em desenvolvimento, e o grupo etário mais atingido é o das pessoas idosas. Nos últimos 20 anos, tem-se observado um aumento na incidência de pessoas infectadas com o vírus da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento e um número crescente de casos de tuberculose em pessoas infectadas pelo vírus HIV. A associação do HIV com a tuberculose é hoje um problema grave de saúde pública, pois pode levar ao aumento da morbi-mortalidade pela tuberculose.[15]

As enfermidades hipertensivas e a cardiopatia são doenças características da população idosa, que estão associadas a estilos de vida pouco saudáveis. A obesidade, a vida sedentária, o estresse, a ingestão excessiva de álcool e uma alimentação irregular são exemplos de situações e hábitos que podem colaborar tanto com a hipertensão quanto com a cardiopatia em pessoas predispostas. Ressalte-se, ainda, que além desses fatores predisponentes, a própria hipertensão contribui para a cardiopatia. Essas enfermidades são também bastante afetadas pela idade.

No Gráfico 4, encontram-se as taxas específicas de mortalidade por enfermidades hipertensivas e cardiopatias da população idosa brasileira em 1991 e 2000 por sexo. Essas são crescentes com a idade e atingem mais os homens do que as mulheres, com exceção do grupo de 90 anos e mais. Observou-se um decréscimo nessas taxas em todas as idades, mais expressivo entre as mulheres e nas idades mais avançadas. As maiores taxas de mortalidade foram devidas à cardiopatia. Dentre todas as causas consideradas, foram essas as que provocaram maior impacto na redução da mortalidade da população idosa.

GRÁFICO 4
BRASIL: TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE POR ENFERMIDADES HIPERTENSIVAS E CARDIOPATIAS — 1991 E 2000

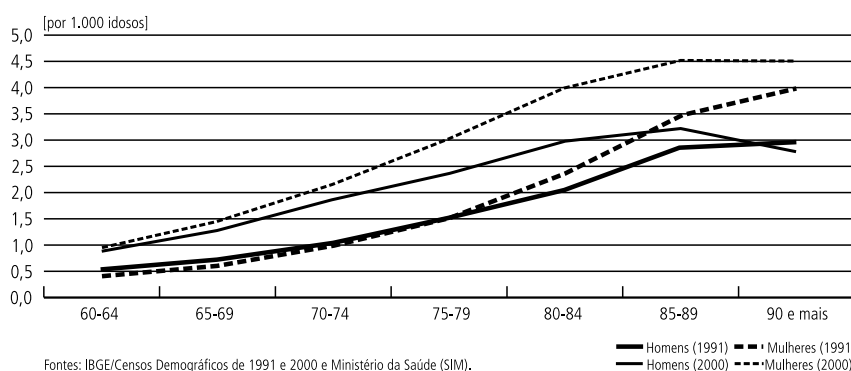
Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1991 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

15. *Site* da Funasa: <http://www.funasa.gov.br/pub>. Acessado em 12/2003.

A última causa de morte do Grupo III analisada é a *diabetes mellitus*, que atinge todas as faixas de idade, mas tem incidência mais elevada entre os idosos e, em especial, entre as mulheres. É uma doença que necessita de cuidados maiores, pois pode acarretar incapacidades físicas. Os custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações são elevados.[16] O Gráfico 5 mostra as taxas específicas de mortalidade por *diabetes mellitus* para a população idosa brasileira em 1991 e 2000. Note-se que essas taxas são bastante afetadas pela idade e cresceram no período analisado. O seu crescimento foi mais expressivo no segmento de 60 a 75 anos e entre as mulheres.

As taxas de mortalidade por causas externas da população idosa são muito baixas, ligeiramente declinantes. Por essa razão, não estão apresentadas neste trabalho. Concentram-se nas idades mais jovens e a padronização por idade não afetou muito o resultado. A idade média ao morrer por essa causa de morte da população masculina idosa declinou em 2,2 anos.

Sintetizando, as taxas de mortalidade do conjunto de causas evitáveis aumentaram no período considerado, se se levar em conta o efeito da redução da mortalidade e do envelhecimento do grupo de idosos. Eliminando o efeito do envelhecimento, observa-se que a masculina teria experimentado um decréscimo de 9,0%, o que foi mais do que anulado pelo envelhecimento do segmento. O impacto sobre o contingente feminino foi menor. Sua taxa teria permanecido constante. Para o conjunto das causas evitáveis, a idade média ao morrer diminuiu ligeiramente devido ao impacto do rejuvenescimento da mortalidade classificada no Grupo II.

GRÁFICO 5
BRASIL: TAXAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE POR *DIABETES MELLITUS* — 1991 E 2000

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1991 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).

16. *Site* da Funasa: <http://www.funasa.gov.br/pub>. Acessado em 12/2003.

Dentre as causas de morte definidas como evitáveis, as que apresentaram maior incidência sobre a população idosa tanto em 1991 quanto em 2000 foram:

- GI - enfermidades cerebrovasculares;
- GII - neoplasia maligna da mama feminina; e
- GIII - enfermidades do sistema cardiovascular.

Essa classificação das causas mais importantes de mortes não se mostrou diferenciada entre os sexos. As taxas são sistematicamente mais altas para homens que para as mulheres em todas as causas de morte, com exceção da neoplasia da mama.

5 PERSPECTIVAS PARA O AUMENTO DA ESPERANÇA DE VIDA

Foi visto no Capítulo 1, deste livro, que a esperança de vida ao nascer e aos 60 anos da população brasileira apresentou ganhos consideráveis no período. Isso em conseqüência das melhorias nas condições de vida, dos avanços da tecnologia médica e da expansão dos serviços de saúde, dentre outros fatores. No entanto, foi observado que existe ainda um percentual elevado e crescente de óbitos que podem ser evitados. Esta seção apresenta os resultados de uma simulação que busca medir o número de anos que poderiam ser adicionados à esperança de vida ao nascer e aos 60 anos se essas causas de morte fossem evitadas. Esse exercício foi realizado para 1991 e 2000.

5.1 A Esperança de Vida ao Nascer

A Tabela 4 apresenta os valores das esperanças de vida ao nascer e aos 60 anos para homens e mulheres observados em 1991 e 2000.[17] Estão incluídos, além desses valores, os resultados das simulações feitas levando em conta as causas consideradas evitáveis desagregadas nos três grupos propostos pela EASP e o grupo das causas externas. Foi feita, também, uma simulação envolvendo o total de óbitos considerados evitáveis, excluindo-se as causas externas.

A esperança de vida ao nascer estimada para a população masculina em 1991 foi de 62,1 anos e para a feminina, de 70,6 anos. Esse indicador foi comparado com os resultados das várias simulações feitas para o mesmo ano. Os ganhos potenciais expressos em termos de número de anos que poderiam ser adicionados à esperança de vida ao nascer estão apresentados no Gráfico 6. O maior ganho seria

17. Os valores para a esperança de vida apresentados neste capítulo diferem, ligeiramente, dos apresentados no Capítulo 1. O cálculo da primeira levou em consideração o limite superior de 90 anos e mais e o da segunda, o de 80 anos e mais.

TABELA 4
BRASIL: ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER E AOS 60 ANOS POR CAUSAS EVITÁVEIS SEGUNDO O SEXO — 1991 e 2000

	1991		2000	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Valores observados				
e^{0}	62,11	70,60	67,24	75,30
e^{60}	16,43	19,57	19,33	22,40
Excluindo os óbitos devidos às causas do Grupo I				
e^{0}	66,27	73,46	72,97	78,34
e^{60}	19,01	21,65	22,31	24,67
Excluindo os óbitos devidos às causas do Grupo II				
e^{0}	62,13	71,03	67,28	75,89
e^{60}	16,45	19,79	19,36	22,72
Excluindo os óbitos devidos às causas do Grupo III				
e^{0}	67,09	76,40	74,40	83,26
e^{60}	21,14	24,97	26,22	29,89
Excluindo os óbitos devidos a causas externas				
e^{0}	65,56	71,38	70,80	76,02
e^{60}	16,79	19,75	19,70	22,59
Excluindo os óbitos devidos a todas as causas evitáveis (I, II E III)				
e^{0}	71,28	79,69	80,16	86,89
e^{60}	23,73	27,29	29,23	32,48

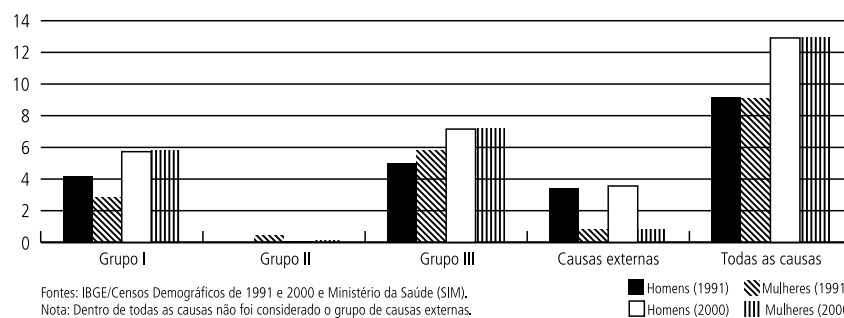
Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1991 e 2000, Ministério da Saúde (SIM) e EASP.

observado caso determinadas causas de morte fossem eliminadas por meio de melhorias nos tratamentos e cuidados médicos (Grupo III). São doenças que dependem de um diagnóstico exato, de um adequado tratamento médico e até mesmo cirúrgico, em alguns casos — entre os homens, a esperança de vida ao nascer poderia aumentar 5,0 anos e entre as mulheres, 5,8 anos.

O segundo grupo em importância (Grupo I) abrange as doenças de prevenção primária, que poderiam ser evitadas por meio de um acompanhamento e um diagnóstico precoce. Eliminadas essas causas, os homens alcançariam uma esperança

GRÁFICO 6

BRASIL: NÚMERO DE ANOS QUE PODERIAM SER ADICIONADOS NA ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER DA POPULAÇÃO CASO DETERMINADAS CAUSAS FOSSEM ELIMINADAS — 1991 E 2000

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1991 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).
Nota: Dentro de todas as causas não foi considerado o grupo de causas externas.

de vida de 66,3 anos e as mulheres de 73,4 (ver Tabela 4). O impacto da redução dessas taxas seria bem maior na população masculina que apresentaria ganhos de 4,2 anos comparados aos 2,9 anos esperados para as mulheres.

Como já se viu, o menor impacto na esperança de vida ao nascer seria observado caso se eliminassem as mortes do Grupo II, as redutíveis por meio de diagnóstico "precoce" e tratamento oportuno. Essas causas de morte afetam em maior número a população feminina e a sua esperança de vida poderia aumentar em 0,4 ano se fossem suprimidas. Finalmente, as últimas causas consideradas foram as externas, que impactaram mais a população masculina. Os homens perderam 3,5 anos por essas causas de morte e as mulheres 0,8 ano (ver Gráfico 6).

Estimativas feitas pelo IBGE apontam para ganhos de 2,5 anos em 1991 e 2,6 anos em 2000, caso a mortalidade por causas externas fosse reduzida.[18] Para as mulheres, o impacto redutor das causas evitáveis seria bem menor do que para os homens — em torno de 0,7 ano nas duas estimativas para os dois anos considerados.

Caso fossem eliminadas todas as causas evitáveis,[19] o ganho seria elevado para ambos os sexos. A esperança de vida masculina passaria de 62,1 para 71,3 anos e a feminina, de 70,6 para 79,7, ou seja, um ganho de aproximadamente 9,2 anos para homens e de 9,1 anos para as mulheres (ver Tabela 4).

Entre 1991 e 2000, observou-se um ganho na esperança de vida masculina de 5,1 anos para os homens e de 4,7 para as mulheres. Os valores obtidos para a esperança de vida ao nascer no ano 2000 foram de 67,2 anos e de 75,3 para homens e mulheres, respectivamente. Esses valores estão longe dos que poderiam

18. Ver <www.ibge.gov.br>, pesquisado em 23/08/2004.

19. Foram excluídas as causas externas.

ser alcançados de acordo com o exercício de eliminação de causas feito com os dados de 1991. Por outro lado, não se pode dizer que a redução da mortalidade no período se deve às causas evitáveis. Eliminando o efeito do envelhecimento populacional, ela respondeu por 36% da queda da mortalidade masculina e não afetou a feminina.

O mesmo exercício feito com os dados de 1991 foi aplicado aos de 2000. Os resultados encontram-se, também, na Tabela 4 e no Gráfico 6 e mostram impactos mais expressivos na esperança de vida ao nascer de 2000 do que na de 1991, caso as causas de morte fossem eliminadas, especialmente entre as mulheres. O maior impacto seria o causado pela eliminação das doenças que formam o grupo de causas III.

A eliminação de todas as causas de morte observadas em 2000 poderia resultar em uma esperança de vida ao nascer de 80,2 anos para homens e 86,9 para mulheres. Além de uma esperança de vida mais elevada, poder-se-ia esperar, também, uma redução nos diferenciais por sexo de 1,3 ano e uma alteração na composição por sexo da população brasileira, em particular, a idosa. Deve-se reconhecer que os altos valores obtidos na simulação podem ser, em parte, resultados da interdependência entre as causas de morte.

Com base nos resultados, a primeira pergunta que se coloca é se esses valores já foram alcançados por algum país. A Tabela 5 apresenta os valores de cinco países do mundo que apresentam as maiores esperanças de vida ao nascer. Pode-se verificar que a mais elevada esperança de vida já observada para a população masculina foi de 77,5 anos para os homens japoneses, 2,7 anos mais baixa do que a simulada para o Brasil com os dados de 2000. A esperança de vida das mulheres japonesas (a mais alta) também está abaixo da simulada para as mulheres brasileiras, mas com uma diferença menor, de 2,2 anos.

Projeções de esperança de vida ao nascer feitas com base em modelos matemáticos para finalidades de projeções populacionais assumem que a esperança de vida ao nascer da população masculina alcançaria 79,5 anos para homens e 87,9 para mulheres em 2020 [Beltrão, Camarano e Kanso (2004)], valores muito próximos aos projetados neste trabalho. Apesar de os valores simulados estarem bem mais altos que os observados nos países de esperança de vida mais elevada, eles estão aquém dos prognosticados pelos estudiosos das perspectivas do aumento da esperança de vida.

A segunda pergunta, que se faz presente também no debate sobre o aumento da esperança de vida, diz respeito às condições de saúde dos sobreviventes. Uma das formas de se inferir isto é através da esperança de vida saudável calculada pela

TABELA 5
PAÍSES SELECIONADOS: ESPERANÇA DE VIDA TOTAL E SAUDÁVEL AO NASCER E ANOS DE VIDA SEM SAÚDE — 2000

Países	Esperança de vida ao nascer		Esperança de vida saudável ao nascer		Anos de vida sem saúde		% de anos de vida sem saúde	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Japão	77,5	84,7	72,3	77,7	5,2	7,0	7	8
Suíça	76,7	82,5	71,1	75,3	5,6	7,2	7	9
Austrália	76,6	82,1	70,9	74,3	5,7	7,8	7	10
Suécia	77,3	82,0	71,9	74,8	5,4	7,2	7	9
Canadá	76,0	81,5	70,1	74,0	5,9	7,5	8	9
Brasil observado[a]	65,5	72,0	57,2	62,4	8,3	9,6	13	13
Brasil simulado	80,2	86,9	69,7	75,6	10,4	11,3	13	13

Fonte: WHO.
[a] Dados fornecidos pela WHO.

OMS. Os resultados encontram-se na Tabela 5. Os dados sugerem uma associação negativa entre esperança de vida ao nascer e número de anos de vida sem saúde. Em todos os países considerados, as mulheres passam um maior tempo sem saúde do que os homens.

No Japão, 7% do total de anos vividos pela população masculina foram sem saúde. No Brasil, o percentual foi de 13%. Assumindo que esses percentuais se manteriam caso se verificassem os ganhos simulados para a esperança de vida ao nascer, poder-se-ia projetar, também, que 10,4 e 11,3 dos anos vividos por homens e mulheres, respectivamente, seriam sem saúde.

Sintetizando, pode-se concluir pela existência de um grande espaço para a continuação da queda da mortalidade da população brasileira e, também, dos outros países considerados aqui com finalidades de comparação. Se as condições de saúde da população sobrevivente não melhorarem, prognostica-se também, um aumento do tempo vivido sem saúde. Fica a pergunta: quais as chances de a queda da mortalidade vir acompanhada de uma redução do tempo vivido sem saúde pela população brasileira?

5.2 A Esperança de Vida aos 60 Anos

Os dois exercícios feitos permitem, também, o cálculo da esperança de vida aos 60 anos se as causas de morte estudadas forem eliminadas. Os resultados se encontram

na Tabela 4 e os números de anos que poderiam ser adicionados na esperança de vida aos 60 anos estão apresentados no Gráfico 7. Estimou-se para 1991 uma esperança de vida aos 60 anos de 16,4 anos para homens e 19,6 para mulheres, que poderia ser de 23,7 anos para homens e 27,3 para mulheres se as causas consideradas evitáveis fossem eliminadas.

Entre 1991 e 2000, esse indicador experimentou um aumento de 2,9 anos para homens e 2,8 para mulheres. No entanto, a esperança de vida masculina aos 60 anos poderia ter ainda aumentado mais 5,5 anos e a feminina 5,2 anos. Em 2000, ela foi estimada em 19,3 anos para homens e 22,4 para mulheres. A eliminação de todas as causas evitáveis poderia levar esse indicador a atingir 29,3 anos para a população masculina e 32,5 para a feminina.

São também as causas de morte classificadas no Grupo III as que exercem um maior impacto na esperança de vida aos 60 anos. Isso se verificou tanto em 1991 quanto em 2000. O efeito da eliminação das causas externas sobre essa população é bem menor do que o seu efeito na esperança de vida ao nascer pelo fato de essas causas de morte afetarem, principalmente, a população mais jovem, mas, esse efeito se fará sentir no maior contingente de pessoas que chegarão às idades avançadas, em especial, do sexo masculino.

Como no caso da esperança de vida ao nascer, os valores da esperança de vida aos 60 anos também foram comparados a um grupo de países com as mais altas esperanças de vida a essa idade (ver Tabela 6). Tal como no caso da esperança de vida ao nascer, a eliminação de todas as causas de morte observadas em 2000 poderia resultar em que a esperança de vida aos 60 anos alcançasse valores muito mais altos do que os observados nos países de mortalidade muito baixa, como o

GRÁFICO 7
BRASIL: NÚMEROS DE ANOS QUE PODERIAM SER ADICIONADOS À ESPERANÇA DE VIDA AOS 60 ANOS DA POPULAÇÃO — 1991 E 2000

Fontes: IBGE/Censos Demográficos de 1991 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM).
Nota: Dentro de todas as causas não foi considerado o grupo de causas externas.

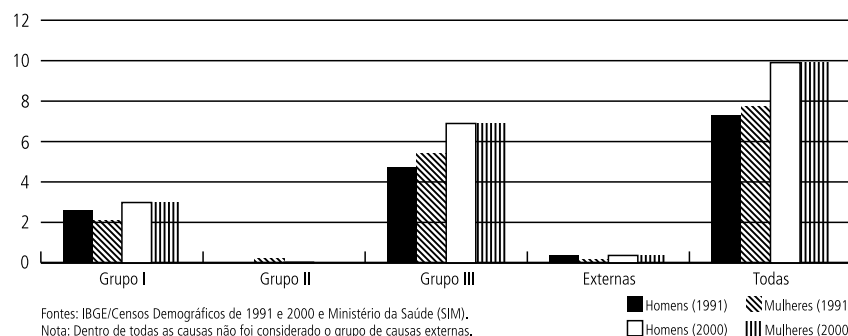



TABELA 6
PAÍSES SELECIONADOS: ESPERANÇA DE VIDA TOTAL E SAUDÁVEL AOS 60 ANOS E ANOS DE VIDA SEM SAÚDE — 2000

Países	Esperança de vida aos 60 anos		Esperança de vida saudável aos 60 anos		Anos de vida sem saúde		% de anos de vida sem saúde	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Japão	21,30	26,80	17,5	21,7	3,8	5,1	18	19
Suíça	20,60	25,20	17,1	20,4	3,5	4,8	17	19
Austrália	20,70	24,60	16,9	19,5	3,8	5,1	18	21
Suécia	20,60	24,30	17,1	19,6	3,5	4,7	17	19
Canadá	19,80	23,90	16,1	19,3	3,7	4,6	19	19
Brasil observado[a]	19,33	22,40	11,6	13,7	7,7	8,7	40	39
Brasil simulado	29,23	32,48	17,5	19,9	11,7	12,6	40	39

Fonte: WHO.

[a] Dados fornecidos pela WHO.

Japão e a Suécia. Comparando com o Japão, essa diferença seria de 7,9 anos para homens e de 5,9 para mulheres.

O período passado sem saúde é proporcionalmente maior entre os anos vividos pela população idosa do que para o conjunto de população, como é de se esperar. Isso se observou em todos os países analisados. Também, entre os idosos brasileiros, a perda é relativamente muito maior. Enquanto os idosos japoneses do sexo masculino passam 17,8% do tempo vivido sem saúde, os idosos brasileiros passam 28,4%. Entre as mulheres, as proporções comparáveis são de 19,0% e 30,1%, para Japão e Brasil, respectivamente.

Se os valores simulados de esperança de vida aos 60 anos se verificarem, bem como o tempo vivido sem saúde, pode-se esperar que um idoso brasileiro passe 11,7 anos da última etapa de sua vida sem saúde. Já para a mulher idosa, simula-se aproximadamente 12,6 anos vividos, também sem saúde.

Concluindo, pode-se dizer que ainda existe um amplo espaço para que a mortalidade da população brasileira tanto idosa quanto não-idosa continue a declinar num futuro próximo. Esse decréscimo significará esperança de vida ao nascer e aos 60 anos mais elevadas, bem como um crescimento em ritmo maior do contingente idoso. O desafio que se apresenta para as políticas públicas brasileiras não é apenas o de continuar investindo no aumento na esperança de vida, mas, também, o de investir na redução do número de anos passados sem saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se observou neste trabalho é que existe um espaço bastante grande para a continuação da queda da mortalidade da população brasileira, em especial, da população muito idosa. Os ganhos em termos de esperança de vida daí advindos resultariam em valores de esperança de vida mais elevados que os observados em países como o Japão e a Suécia, hoje, no entanto, ainda mais baixos que os prognosticados pelos teóricos do aumento da longevidade. Observou-se também, que aproximadamente 40% do tempo vivido pelos idosos brasileiros são sem saúde.

O desafio colocado para as políticas públicas é complexo: investir na continuação do aumento da esperança, mas levando em conta o desafio proposto pelas Nações Unidas, que é o de "adicionar vida com qualidade aos anos de vida que foram adicionados". Isso implica não só melhoria e ampliação dos serviços de saúde para todas as idades como também melhor qualidade de vida no sentido mais amplo.

Políticas de saúde para a população idosa devem se basear na promoção de saúde ao longo de todo o ciclo da vida além das políticas específicas para a população idosa. Políticas de integração social e de conscientização da necessidade de um estilo de vida condizente com uma melhor saúde devem fazer parte de um "pacote de saúde".

No Brasil, as necessidades de saúde de sua população não são plenamente atendidas pelas políticas públicas. Isso pode resultar em uma população idosa com altos níveis de doenças crônicas e baixa autonomia. Além disso, o idoso brasileiro de amanhã terá vivido boa parte de sua vida em situação de maior vulnerabilidade econômica que os de hoje, o que certamente, afetará suas condições de saúde.

Preocupação com o aumento dos custos de saúde para uma população que envelhece está na agenda dos formuladores de políticas brasileiras e internacionais. No entanto, há que se reconhecer que os determinantes do custo de serviços de saúde para uma população idosa vão muito além do determinismo demográfico. Os profetas da "explosão de custos de saúde" não levam em consideração as condições em que a população envelhece, os arranjos institucionais e formas de financiamento dos serviços de saúde e nem a contribuição dos serviços básicos de saúde [Lloyd-Sherlock (2002)].

A proposta que se coloca é a de um aumento do número de anos vividos com qualidade. Para isso, políticas de saúde para todas as idades, mudança nos paradigmas dos serviços de saúde, estilo de vida saudável, integração familiar e social são variáveis a serem consideradas.

BIBLIOGRAFIA

BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., KANSO, S. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro, IPEA, ago. 2004 (Texto para discussão, 1034).

CAREY, J. R., JUDGE, D. S. Life span extension in humans is self-reinforcing: a general theory of longevity. *Population and Development Review*, v. 27, n. 3, p. 411-436, Sep. 2001.

CARNES, B., OLSHANSKY, S. J., GRAHAN, D. Biological evidence for limits to the duration of live. *Biogerontology*, v. 4, p. 31-45, 2003.

CASELLI, G., LOPEZ, A. D. Health and mortality among the elderly: issues for assessment. International estudies. *Demography: health and mortality among the elderly: issues for assessment*. Nova York: Oxford University Press Inc. 1996.

CASELLI, G., MESLÉ, F., VALLIN, J. Epidemiologic transition theory exceptions. *Genus*, v. LVIII, n. 1, p. 9-51, Jan.-Mar. 2002.

COALE, A. J. Increases in expectation of life and population growth. *Population and Development Review*, v. 29, n. 1, 2003.

COALE, A. J., DEMENY, P. Regional. *Model life table and stable populations*. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1966.

COSTA, D., LAHEY, J. Becoming oldest-old: evidence from historical U.S. data. *Seminário: Increasing longevity: causes, consequences and prospects*. IUSSP, Salvador, 2001.

CUNHA, L. M. P. *Dificuldades da população idosa nas atividades da vida diárias: uma análise comparativa*. Dissertação de Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais. Escola Nacional de Ciências Estatísticas (Ence), 2004.

DUCHENE, J., WUNSCH, G. Population aging and the limits to human life. *Working Paper,* n.1, Université Catholique de Louvain, 1988.

EASP. Escuela Andaluza de Salud Pública, Banco Interamericano de Desarollo, Federación Internacional de la Vejez, Organización Panamericana de la Salud. *Estudio del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay: situación y estrategias de intervención* (s.d.).

EGIDI, V. Health status of older people. *Genus*, v. LIX, n. 1, p. 169-200, 2003.

FRIES, J. F. Aging, natural death and the compression of mortality. *New England Journal of Medicine*, v. 303, p. 130-135, 1980.

GRUENBERG, E. M. The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 55, n. 1, p. 3-24, 1977.

KRAMER, M. *The rising pandemic of mental disorders*. Volume Acta Psychiatry Scandinavica 62 of Supplement 285, Epidemiological Research as basis for the Organization of Extramural Psychiatry, 1980.

LLOYD-SHERLOCK, P. *Ageing, development and social protection: a research agenda*. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2002.

LUEPKER, R. V. *Cardiovascular disease trends*. Estudo apresentado no seminário Increasing longevity: causes, consequences and prospects. IUSSP, Salvador, 2001.

MANTON, K. G., STALLARD, E., TOLLEY, H. Limits to human life expectancy: evidence, prospects, and implications. *Population and Development Review*, v. 17, n. 4, 1991.

MANTON, K. G. Mortality patterns in develop countries. *Comparative Social Research*, v. 7, p. 259-286, 1984.

OMRAN, A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

OLSHANSKY, S. J., CARNES, B. A., BRODY, J. A Biodemographic Interpretation of Life Span. *Population and Development Review*, v. 28, n. 3, p. 501-513, 2002.

OLSHANSKY, S. J., CARNES, B. A., CASSEL, C. K. The aging of the human species. *Scientific American*. p. 18-24, Apr. 1993.

ORTIZ, L. P. Utilização das causas evitáveis na mortalidade infantil como instrumento de avaliação das ações de saúde. *Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambu, 1996.

__________. *Características da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo*. São Paulo: USP, 1999 (Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP).

ROSENWAIKE, I., STONE, L. Verification of the ages of supercentenarians in the United States: results of a matching study. *Demography*, v. 40, n. 4, Nov. 2003.

VAUPEL, J. W. Demographic analysis of aging and longevity. *XXIII International Population Conference*, Beijing, China, 1997.

THOMAS, L. Biomedical science and human health: the long-range prospect. *Issued as Proceedings of American Academy of Art and Sciences*, v. 106, n. 3, 1977.

WILMOTH, J. R. In search of limits. *Between Zeus and the Salmon: the biodemography of longevity*. Washington: Nacional Academy Press, 1997.

__________. How long can we live? A review essay. *Population and Development Review*, v. 27, n. 4, p. 791-800, 2001.

VERBRUGGE L. M. Long life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, v. 62, n. 3, p. 475-519, 1984.

CAPÍTULO 3

ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA

Marcelo Medeiros
Do International Poverty Center (UNDP) e do IPEA
Debora Diniz
Da Universidade de Brasília e da ANIS: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

1 INTRODUÇÃO

O debate sobre deficiência tem ocupado cada vez mais espaço nas políticas públicas brasileiras. Isso ocorre, por um lado, como resultado do envelhecimento populacional, que força o reconhecimento de que a experiência da deficiência não pertence apenas ao universo do inesperado e, sim, é algo que faz parte da vida de uma grande quantidade de pessoas. Por outro lado, resulta de mudanças no que se define por deficiência e na forma de se entender como a sociedade é responsável por ela. A combinação desses dois fatores é de especial importância para os formuladores de políticas, pois tem implicações diretas na determinação do conteúdo das políticas e de seu público-alvo.

A ampliação desse debate tem enfrentado várias barreiras, inclusive no que diz respeito à terminologia "correta" para se usar quando se discute deficiência. Por algum tempo se evitou o uso do termo *deficiente* para se referir às pessoas que experimentavam a deficiência, por se acreditar que se tratava de um termo estigmatizante. Foram buscadas alternativas como *pessoa portadora de necessidades especiais, pessoa portadora de deficiência* ou o mais recente, *pessoa com deficiência*, todos buscando destacar a importância da *pessoa* quando feita referência à deficiência. Aqueles com preferência pelo reconhecimento da identidade na deficiência utilizam simplesmente o termo *deficiente*, seguindo princípios semelhantes aos que levam a preferência pelo termo *negros* para fazer referência às pessoas de cor preta ou parda. Afora o cuidado para se evitar o uso de expressões claramente insultantes, parece que a disputa pela terminologia correta dispersa energia que deveria ser aplicada em questões mais substantivas e, por isso, o texto usa várias terminologias conhecidas indiferentemente.

As políticas sociais voltadas aos deficientes precisam definir deficiência. Essa não é uma tarefa fácil, uma vez que a busca de critérios essencialmente técnicos e para determinar o que é deficiência não só é ingênua como, geralmente, oculta, sob uma fachada *neutra*, valores altamente prescritivos quanto à função e objetivos das políticas sociais. O mesmo pode ser dito em relação aos idosos, em que discussões sobre idade compõem o cerne do debate brasileiro de assistência.

O objetivo deste artigo é aproximar a discussão sobre envelhecimento do tema deficiência. Os estudos sobre deficiência são um campo sólido de debates pouco conhecido no Brasil. O modelo social de deficiência, uma corrente político-teórica iniciada no Reino Unido nos anos 1960, provocou uma reviravolta nos modelos tradicionais de compreensão da deficiência ao retirar do indivíduo a origem da desigualdade e devolvê-la ao social. Com o envelhecimento crescente da população, o principal grupo de deficientes concentra-se entre os idosos, um fenômeno que torna essa aproximação teórica ainda mais urgente. O modelo social da deficiência é uma discussão extensa sobre políticas de bem-estar e de justiça social, em que a explicação médica para a desigualdade não é mais considerada suficiente. O principal argumento aqui, é que, dado o cruzamento entre deficientes e idosos, as perspectivas teóricas e políticas do modelo social da deficiência são uma fonte rica de diálogo e inspiração para políticas de bem-estar para idosos.

2 MODELO SOCIAL E MODELO MÉDICO

O modelo social da deficiência surge na década de 1960, no Reino Unido, como uma reação às abordagens biomédicas. A idéia básica do modelo social é de que a deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas como uma questão eminentemente social, transferindo a responsabilidade pelas desvantagens dos deficientes das limitações corporais do indivíduo para a incapacidade da sociedade de prever e ajustar-se à diversidade [Oliver (1990)]. Em torno do modelo social da deficiência surge, na década de 1970, a Upias (The Union of the Phisically Impaired Against Segregation), uma das primeiras organizações de deficientes com objetivos eminentemente políticos, e não apenas assistenciais, como era o caso das instituições para deficientes criadas nos dois séculos anteriores [Upias (1976)].

O ponto de partida teórico do modelo social é de que a deficiência é uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive, isto é, da combinação de limitações impostas pelo corpo com algum tipo de perda ou redução de funcionalidade (“lesão”) a uma organização social pouco sensível à diversidade corporal. Originalmente, a

Upias propôs uma definição que explicitava o efeito da exclusão na criação da deficiência: "Lesão: ausência parcial ou total de um membro, órgão ou existência de um mecanismo corporal defeituoso; Deficiência: desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea que pouco ou nada considera aqueles que possuem lesões físicas e os exclui das principais atividades da vida social" [Upias (1976, p. 3-4)].

A ênfase inicial nas limitações físicas foi imediatamente revista e, com isso, abriu-se um grande debate sobre as limitações do vocabulário usado para descrever a deficiência. A intenção era destacar que não havia, necessariamente, uma relação direta entre lesão e deficiência, transferindo o debate da discussão sobre saúde para o terreno da organização social e política. Lesão seria uma característica corporal, como seria o sexo ou a cor da pele, ao passo que deficiência seria o resultado da opressão e da discriminação sofrida pelas pessoas em função de uma sociedade que se organiza de uma maneira que não permite incluí-las na vida cotidiana. É possível uma pessoa ter lesões e não experimentar a deficiência, a depender de quanto a sociedade esteja ajustada para incorporar a diversidade. Como exemplifica Morris (2001), não poder caminhar é a expressão da lesão; a deficiência consiste na inacessibilidade imposta às pessoas que usam cadeira de rodas. O resultado dessa revisão na semântica dos conceitos foi uma separação radical entre lesão e deficiência: a primeira é objeto da discussão sobre saúde, enquanto a segunda é uma questão da ordem dos direitos e da justiça social e, portanto, essencialmente normativa.

Se para o modelo médico lesão levava à deficiência, para o modelo social sistemas sociais excludentes levavam pessoas com lesões à experiência da deficiência. Em síntese, o modelo médico identifica a pessoa deficiente como alguém com algum tipo de inadequação para a sociedade; o modelo social, por sua vez, inverte o argumento e identifica a deficiência na inadequação da sociedade para incluir todos, sem exceção. Em geral, as definições baseadas no modelo médico exigem um grande afastamento dos padrões de normalidade para considerar alguém deficiente. Os critérios utilizados para definir a deficiência geralmente têm como referência a perda completa de certos órgãos ou funções. A identificação da deficiência é feita levando-se em conta características isoladas desses órgãos e funções e comparando-as a limites estabelecidos para cada uma delas. Têm-se, com isso, critérios que estabelecem, para órgão ou função comprometida, os limites da deficiência, como, por exemplo, patamares mínimos de acuidade visual, capacidade auditiva etc. que podem ser avaliados isoladamente uns dos outros, bem como separados das necessidades impostas pelas características sociais de cada pessoa.

A combinação da existência de uma condição de saúde bem abaixo de um padrão abstrato de normalidade e a persistência dessa condição no tempo permite ao modelo médico diferenciar *doença* de *deficiência*. Muitas das doenças são entendidas como situações temporárias. Assim, embora tenham uma condição de saúde inferior à determinada por algum critério de normalidade, pessoas doentes podem não ser consideradas deficientes dentro do modelo médico porque sua redução de capacidades é apenas temporária e não permite definir uma identidade. O caminho inverso também é trilhado para separar deficiência de doença, porém com um argumento um pouco mais sofisticado. Se a deficiência é uma situação irreversível, é perfeitamente possível redefinir o conceito de normalidade de modo a ajustá-lo à condição permanente das pessoas. A cegueira, por exemplo, passa a ser a condição normal de uma pessoa cega e, portanto, não faz sentido classificá-la como doente. Neste esquema, uma pessoa que não pode enxergar porque está com uma inflamação ocular grave é uma pessoa doente e uma pessoa cega é uma pessoa deficiente.

Como o reconhecimento da "sociedade deficiente" é tão ou mais importante para o debate sobre políticas públicas e deficiência que a identificação da "pessoa deficiente", as preocupações com identidade do modelo social são bem distintas daquelas do modelo médico. Abberley (1987), por exemplo, não insiste na distinção entre deficiência e doença e, praticamente, ignora a regra de persistência da lesão no tempo para identificar os deficientes, critério tão caro aos formuladores de políticas sociais nos anos 1980, que o utilizaram sistematicamente em contagens de população de vários países do mundo. A lógica do modelo social não reconhece essa distinção, principalmente porque entendem que os ajustes requeridos da sociedade para que ela contemple a diversidade da deficiência independem de quanto tempo uma condição corporal irá se manter. Afinal, se uma pessoa que usa cadeira de rodas enquanto se recupera de fraturas nas pernas necessita dos mesmos ajustes no sistema de transporte que uma pessoa permanentemente incapacitada de caminhar, por que separá-las em grupos diferentes? Ao não reconhecer que os doentes também experimentam a deficiência, o modelo médico exclui da atenção das políticas públicas uma grande parcela da população que necessita delas, o que pode afetar uma parte razoável da população idosa. Não usar da mesma maneira a distinção entre doença e deficiência é um recurso do modelo social para evitar esse tipo de exclusão.

A conseqüência óbvia da definição do modelo social é que pesquisas e políticas públicas direcionadas à deficiência não poderiam se concentrar apenas nos aspectos corporais dos indivíduos para identificar a deficiência. Além disso, ao separar a deficiência da lesão, o modelo social abre espaço para mostrar que, a

despeito da diversidade das lesões, há um fator que une as diferentes comunidades de deficientes em torno de um projeto político único: a experiência da exclusão. Segundo Oliver (1990, p. XIV), "todos os deficientes experimentam a deficiência como uma restrição social, não importando se estas restrições ocorrem em conseqüência de ambientes inacessíveis, de noções questionáveis de inteligência e competência social, se da inabilidade da população em geral de utilizar a linguagem de sinais, se pela falta de material em braile ou se pelas atitudes públicas hostis das pessoas que não têm lesões visíveis".

Em meados da década de 1990, pensadoras feministas lançam um argumento com profundas implicações para as políticas públicas: a experiência da deficiência é uma experiência familiar com recorte de gênero. Ao mostrar que a deficiência é acompanhada de arranjos familiares voltados para o cuidado da pessoa deficiente essas pensadoras evidenciam que não são apenas as pessoas com algum tipo de restrição corporal que necessitam da atenção das políticas públicas. Como, devido à divisão sexual do trabalho, os cuidadores são predominantemente mulheres, a deficiência, quando entendida como um fenômeno familiar, possui um viés de gênero. São as mulheres, por exemplo, que se afastam do mercado de trabalho para cuidar das pessoas com deficiência, de crianças pequenas, ou idosos. Nos casos dos homens idosos, este recorte inclui uma sobreposição de gênero à idade. Dado o padrão típico de arranjo familiar, são as mulheres idosas que cuidam desses homens. Esse afastamento tem uma série de implicações para as mulheres, como a ausência de recolhimentos para o sistema previdenciário entre as mulheres em idade economicamente ativa e isso não pode passar esquecido pelas políticas públicas [Barton e Oliver (1997)].

No final da década de 1990, alguns argumentos do modelo social da deficiência passam a ser revisados. O lema "Os limites são sociais, não do indivíduo", usado como bandeira para demandar condições para que os deficientes fossem independentes, passa a ser relativizado. Uma longa tradição da filosofia feminista critica o valor da independência absoluta, mostrando que a interdependência por meio do cuidado com os dependentes é um elemento constituinte da vida em sociedade e, em muitos casos de deficiência, não pode ser evitada. As políticas públicas, portanto, não devem buscar apenas tornar os deficientes independentes, mas criar condições favoráveis para que o cuidar seja exercido. Foram também as feministas que mostraram que para a experiência da deficiência convergiam outras de desigualdade, como raça, gênero, orientação sexual ou idade. Ser uma mulher deficiente ou uma mulher cuidadora de uma criança ou de um idoso deficiente era uma experiência muito diferente daquela vivida por homens adultos com lesão medular, por exemplo. Com isso conseguiram destacar que a deficiência é um

item que deveria estar na pauta de todos os movimentos sociais igualitaristas e não limitado aos movimentos de deficientes.

3 ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA

Ao enfatizar que a lesão não é o único determinante da deficiência e, talvez, sequer seja o principal em muitos casos, a argumentação do modelo social encontrou nos idosos um caso paradigmático: um ambiente hostil pode fazer com que a acumulação de limitações leves na funcionalidade corporal torne-se causa de grandes deficiências entre os idosos. Usando como pano de fundo o argumento do modelo social de que não se deve explicar o fenômeno da deficiência apenas pelas características individuais, mas também pelo contexto socioeconômico em que as pessoas com lesão vivem, Abberley (1987) vai partir do exemplo da artrite, cuja prevalência entre idosos é alta, para lançar o argumento de que é preciso alargar o conceito de lesão e deficiência para outros grupos sociais, como os idosos. Inúmeros outros casos demonstram que a deficiência não é uma experiência limitada a uma minoria reduzida, mas um fato ordinário e previsível no curso de vida das pessoas, assim como o envelhecimento.

À medida que mais grupos são reconhecidos como deficientes, o peso que o conceito de lesão tem na definição da deficiência passa a diminuir. As mulheres grávidas, por exemplo, podem experimentar as mesmas restrições no uso de transportes públicos que as pessoas com comprometimento do aparelho locomotor e, na perspectiva das políticas públicas, é bastante razoável dizer que elas merecem os mesmos ajustes na organização dos serviços públicos. Embora a gestação possa ser entendida como uma fase em que certas capacidades funcionais tornam-se reduzidas, é, evidentemente, questionável tratá-la, do ponto de vista médico, como uma lesão.

Mostrar que as pessoas totalmente incapazes de enxergar ou caminhar, por exemplo, são uma parte muito reduzida do universo dos deficientes é uma estratégia não apenas de inclusão de outros deficientes no movimento social, mas principalmente de estender o sentido da categoria deficiente, retirando-a da esfera do inesperado e transformando-a em algo recorrente na vida humana. Exatamente por isso os teóricos do modelo social da deficiência recusam-se a denominar a deficiência como "tragédia pessoal". Esse movimento de banalização da deficiência não significa que se ignorem as necessidades particulares de muitos dos deficientes. Ao contrário, o objetivo é mostrar que o universo dos deficientes é muito mais extenso do que se costuma averiguar quando a deficiência é contabilizada em função apenas da existência de pessoas com grave comprometimento da capacidade visual, auditiva, intelectual ou motora.

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) revisou o catálogo internacional de classificação da deficiência para adequar-se a essa perspectiva [WHO (2001)]. Nessa revisão, toda e qualquer dificuldade ou limitação corporal, permanente ou temporária, é passível de ser classificada como deficiência. De idosos a mulheres grávidas e crianças com paralisia cerebral, o International Classification of Functioning, Disability and Health (Classificação Internacional de Funcionamento, Deficiência e Saúde) propõe um sistema de avaliação da deficiência que relaciona funcionamentos com contextos sociais, mostrando que é possível uma pessoa ter lesões sem ser deficiente (um lesado medular em ambientes sensíveis à cadeira de rodas, por exemplo), assim como é possível alguém ter expectativas de lesões e já ser socialmente considerado como um deficiente (um diagnóstico preditivo de doença genética, por exemplo).

Dentro do modelo social, reconhecer que uma grande parte da população experimenta a deficiência implica dizer que a incapacidade de a sociedade se ajustar à diversidade resulta na exclusão de muitas pessoas da vida social cotidiana. Associar o envelhecimento à deficiência é algo que encontra alguma resistência devido ao estigma associado ao termo "deficiente", mas dentro da interpretação do modelo social faz sentido argumentar que muitos idosos são excluídos de uma parte importante da vida social, em uma proporção muito maior do que aquela que poderia ser atribuída as suas eventuais limitações e, portanto, experimentam não só a deficiência, como a discriminação baseada em preconceitos relativos a suas capacidades corporais.

Mostrar a relação entre envelhecimento e deficiência é importante por várias razões. Primeiro, porque o envelhecimento vem acompanhado de algumas limitações nas capacidades físicas e, às vezes, intelectuais mas, apesar do envelhecimento crescente de quase todas as populações do mundo, na maioria delas pouco ou nada se tem feito para que essas limitações não se tornem causa de deficiências. Segundo, porque mostra que, na ausência de mudanças na forma como as sociedades organizam seu cotidiano, que todos seguem em direção a uma fase da vida em que se tornarão deficientes, o que motiva, ainda que por meio da defesa de interesses egoístas, a melhoria das políticas públicas voltadas à deficiência. Terceiro, porque lembra que a interdependência e o cuidado não são algo necessário apenas diante de situações excepcionais e sim necessidades ordinárias em vários momentos da vida de todas as pessoas. Quarto, porque a previsibilidade do envelhecimento permite entender que muito da deficiência é resultado de um contexto social e econômico que se reproduz no tempo, pois a deficiência no envelhecimento é, em parte, a expressão de desigualdades surgidas no passado e que são mantidas.

Vale sempre lembrar que o envelhecimento populacional não precisa ser necessariamente acompanhado da deficiência. Não só mudanças comportamentais e avanços na medicina podem tornar possível que o aumento da longevidade seja acompanhado pela manutenção de boas condições físicas e mentais até idades avançadas como também está perfeitamente dentro do alcance de vários países promover ajustes na sociedade de modo que as restrições corporais não sejam um empecilho grave à vida cotidiana das pessoas.

4 EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE DEFICIÊNCIA NO BRASIL

Até a segunda metade da década de 1990, o modelo médico dominava as definições de deficiência. Os levantamentos demográficos, que reúnem informação sobre deficiência no Brasil desde o final do século XIX e os textos legais que tratam do assunto com maior especificidade ao longo do século XX, refletem, em boa medida, a visão de que a deficiência se define por um conjunto específico de defeitos corporais. Embora isso ainda ocorra em alguns casos, existe nos últimos anos uma tendência de se entender a deficiência a partir do modelo social que se manifesta, por exemplo, nas mudanças nos questionários dos levantamentos e na interpretação da legislação de atenção aos deficientes.

Em 1860, realizou-se em Londres um congresso daquela que, posteriormente, viria a se chamar Comissão Estatística Internacional e um de seus temas diz respeito a como levantar informações nas contagens de população sobre a população com "defeitos físicos". O Congresso de Londres recomenda a identificação de duas categorias de "defeitos físicos": a "cegueira" e a "surdo-mudez", seguindo um modelo de classificação demográfica que será mantido por quase um século e meio em diversos países. Em 1872, o Congresso de São Petersburgo da "Comissão Estatística Internacional, posteriormente ratificado pelo primeiro Congresso do Instituto Estatístico Internacional", de 1885, expandiu as categorias de identificação para "cegueira, surdo-mudez, idiotismo, cretinismo ou alienação mental".

No Brasil, até onde se dispõe de registro, esse tipo de informação começou a ser levantado nos inquéritos de 1872, 1890 e 1900, seguindo as orientações do Congresso de São Petersburgo. No recenseamento de 1920, o levantamento no Brasil limita-se às categorias do Congresso de Londres, que serão mantidas, em certa medida, até o Censo de 1940. Seguiu-se uma tendência internacional decorrente das dificuldades em se captar com precisão as informações referentes às então denominadas espécies de demência (idiotismo, cretinismo e alienação mental). Após o Censo de 1940, transcorreram 41 anos até que o tema da deficiência ocupasse espaço novamente nos grandes levantamentos domiciliares brasileiros.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1981 teve, no questionário de saúde, um bloco denominado Deficientes, cujo objetivo foi identificar pessoas com lesões corporais graves e permanentes. A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1988 identificou condições físicas ou mentais que podem afetar o estado de saúde das pessoas, buscando levantar informações sobre os diferentes graus de algumas lesões. O Censo de 1991, em seu questionário da amostra, busca classificar lesões graves e permanentes em nove categorias, mais restritivas do que as usadas na PNAD de 1981 e na PNSN de 1988.

Nos textos legais desse período, o tema da deficiência está presente em várias constituições. Além dos dispositivos igualitaristas existentes desde a Constituição de 1824, que foram sustentados de algum modo nas constituições posteriores, a questão da deficiência está presente, em forma embrionária, desde a Constituição de 1934 (artigo 138). No entanto, só foi mencionado explicitamente pela primeira vez na Constituição de 1967 (ver artigo 175 e artigo único da Emenda 12, de 1978). Na Constituição de 1988 a proteção encontra-se dispersa em dispositivos alocados em capítulos distintos (artigos 7, 23, 24, 37, 203, 208 e 227), conforme mostra Araújo (2003, p. 58-64). Como é de se esperar, o texto constitucional não se detém na definição de deficiência, sendo essa tarefa objeto de normas infraconstitucionais.

Nas definições mais recentes, o Decreto 914/93 mantém duas características das definições predominantemente usadas dentro do modelo médico e mantidas nos levantamentos demográficos: identificação da deficiência por atributos corporais sem referência a contextos sociais e insistência no critério de permanência da deficiência. A Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), que prevê a concessão de benefícios de assistência a deficientes, delegou inicialmente a função de identificação ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou organizações credenciadas para esse propósito, o que na verdade transfere para equipes de saúde a responsabilidade por restringir, segundo seu julgamento, o universo de pessoas que podem ser consideradas deficientes, o que tende a manter a identificação dentro dos critérios do modelo médico (Lei 8.742/93). Posteriormente, a responsabilidade pela avaliação da elegibilidade para os benefícios foi delegada à Secretaria da Assistência Social, mantendo, para efeito de concessão do benefício, a definição de que a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho (Decreto 1.744/95). Se aplicada rigorosamente, essa definição identificaria como deficiente uma fração mínima da população. Na prática, essa definição foi ignorada e deficiência permaneceu identificada segundo critérios de julgamentos *ad hoc* pelas equipes de avaliação.

Na tentativa de aprimorar uma definição legal de deficiência, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência acrescenta às definições anteriores especificidade à noção de permanência e de incapacidade de integração social (Decreto 3.298/99). Um critério extremamente rigoroso, como o de permanência, é colocado ao lado de um critério vago, a incapacidade de integração social. Para lidar com esse problema a lei simplesmente abandona o segundo critério e, nos artigos seguintes, define deficiência integralmente com base em uma lista restrita de atributos corporais.

Mudanças na legislação costumam seguir um ritmo mais lento, mas há sinais de que estão ocorrendo em pequena escala. O Brasil é signatário da Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência, o que tem efeito de lei. Com base nessa convenção, uma ação civil pública recente criou jurisprudência que contesta a definição de deficiência da Loas, a qual é baseada em critérios de "incapacidade para a vida independente e para o trabalho".[1] Como resultado, esses critérios não poderão mais ser usados para a identificação dos deficientes, algo importante quando se considera que se tratava de um forte critério de exclusão de beneficiários. A decisão sobre a ação civil pública também modificou a fórmula de cálculo da condição de renda para definir a elegibilidade para os Benefícios de Prestação Continuada (BPC), determinando que, para fins de verificação da renda familiar, ao proceder-se ao cálculo da renda *per capita*, sejam inicialmente excluídos da renda total tantos salários mínimos quantos forem os idosos ou portadores de deficiência daquela família. Na prática, isso significa quase uma universalização da política, uma vez que destinará o benefício a todas as famílias compostas por casais de idosos e domicílios unipessoais.

Essas mudanças fazem parte do reconhecimento de que não faz sentido usar definições extremamente limitadas em uma política nacional de integração dos deficientes. Na identificação das pessoas elegíveis para os BPCs, o Estado pode optar por uma definição restrita para evitar pressão sobre o orçamento dos programas. Isso não é justificável do ponto de vista da garantia dos direitos humanos, mas compreensível sob a ótica fiscal. Em uma política nacional mais ampla, porém, não há motivo para tamanha restrição. Isso foi em parte reconhecido nos levantamentos demográficos realizados a partir do final da década de 1990 e se reflete na mudança das formas de captação da informação sobre deficiência.

1. A juíza federal Maria Cristina Barongeno Cukierkorn, da 23ª Vara Cível Federal de São Paulo, acolheu pedido do Ministério Público Federal, em Ação Civil Pública contra a União Federal e o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

O modelo clássico de identificação da deficiência, que se baseava no levantamento de informações sobre "defeitos corporais", é abandonado no bloco de questões dedicadas a levantar características de mobilidade física das pessoas da PNAD de 1998. O objetivo do questionário era mensurar estágios de limitação física com base em uma escala gradativa. As questões foram planejadas de modo a identificar o grau de dificuldade, em decorrência de problema de saúde, com que as pessoas exerciam determinadas tarefas, conhecidas como atividades de vida diária, e incluíam cuidados pessoais, atividades de vida doméstica, atividades físicas intensas, enfrentamento de obstáculos comuns à mobilidade, capacidade de executar movimentos e caminhada, isso sem fazer qualquer referência às características corporais das pessoas ou utilizar critérios de irreversibilidade da condição pessoal.

Seguindo a tendência mundial de não mais limitar a coleta de informações sobre deficiência à identificação apenas da população com algum tipo de lesão, o Censo Demográfico de 2000, em seu questionário amostral, utiliza um inquérito com base em dois esquemas distintos. O primeiro foi formado a partir de um modelo centrado nas características corporais, como no Censo de 1991 e pesquisas anteriores. O segundo foi montado com base em uma escala de gradação de dificuldades na realização de tarefas. Mantém, em sua concepção, alguma semelhança com a utilizada na PNAD de 1998. Com isso, o Censo de 2000 garantiu um grau aceitável de comparabilidade com o Censo de 1991, ao mesmo tempo em que marcava a transição para uma nova forma de levantar informações sobre deficiência.

O questionário do Censo de 2000 é menos abrangente que o da PNAD de 1998 e requer que as dificuldades sejam permanentes para registrá-las. Isso exclui da contagem pessoas que experimentam a deficiência. No entanto, é inegável que o novo método de identificação é muito mais abrangente que o usado no censo anterior. A exigência da permanência foi eliminada de outros levantamentos internacionais, que tendem ou a usar perguntas separadas para identificar a existência da dificuldade e sua permanência ou a usar questões com uma redação um pouco diferente, que indagam por dificuldades normalmente existentes. Apesar de parecer sutil, a diferença entre "permanente" e "normalmente" pode ser crucial para identificar diversos tipos de dificuldades que se manifestam de forma intermitente.

Embora seja não só possível como importante aprimorar cada vez mais a coleta de informações sobre deficiência no país, é preciso entender que o progresso do Censo de 2000 foi muito grande e ultrapassar seus limites é algo que talvez estivesse fora das possibilidades da pesquisa naquele momento. Entre todas as questões do censo, as relativas à deficiência são as únicas obrigatórias por lei, mas os dispositivos legais deixaram corretamente, em aberto, a forma a ser usada para

a coleta das informações. O censo e a pesquisa amostral que o acompanha compõem uma operação extremamente cara e os custos de ampliar o questionário da amostra ou aplicá-lo a toda a população são proibitivos. Transferir as questões do questionário da amostra para o do universo, reproduzir as questões da PNAD de 1998 ou usar um esquema ainda mais amplo foi economicamente inviável para o levantamento.

Um equívoco comum é considerar que as dificuldades para a realização de atividades são identificadas por autodeclaração. Na verdade, os graus de dificuldade são definidos de acordo com o julgamento da pessoa que responde à entrevista e fornece informações sobre os demais moradores do domicílio. Portanto, não se trata, necessariamente, de autodeclaração. O questionário da PNAD de 1998 teve a preocupação de registrar quando a informação foi fornecida pela própria pessoa, por outro morador do domicílio ou mesmo por um não-morador.

Embora haja consenso entre os especialistas no assunto de que a forma de captação de informações do Censo de 2000 seja muito mais apropriada para o estudo da deficiência do que a dos censos anteriores, que se limitavam a catalogar um número restrito de "defeitos físicos e mentais", o julgamento das dificuldades pelos respondentes já foi acusado de produzir informação "subjetiva", enquanto a identificação dos "defeitos" produz informação "objetiva". Esse argumento não só carece de fundamento, como se distancia, de fato, do ponto relevante, que é como levantar da melhor maneira possível, dadas as limitações de recursos, informações que permitam o estudo da deficiência na população. Assim como as tentativas de propor esquemas de captação de informação "objetiva" (isto é, independentemente de julgamento dos respondentes) sobre cor ou raça se mostraram ineficientes, a busca por critérios "objetivos" para identificar a dificuldade a partir de características pessoais seria algo de pouca utilidade quando se considera que o grau de desvantagens dos deficientes depende do contexto em que vivem.

O novo esquema do Censo de 2000 ou mesmo da PNAD de 1998 é suficiente para identificar a deficiência na sociedade brasileira? Sob a ótica do modelo social, a deficiência deve ser identificada na incapacidade da sociedade em criar condições inclusivas para todas as pessoas. A desvantagem no mercado de trabalho experimentada pelos surdos, por exemplo, decorre, em parte, da incapacidade dos ouvintes em utilizar a linguagem de sinais; a dificuldade de locomoção de muitos idosos está associada, também em grande parte, à má qualidade das vias de pedestres e inadequação do sistema de transporte coletivo. Um levantamento voltado para identificar as dificuldades pessoais na realização de certas atividades abstratas, portanto, diz respeito a apenas um lado da questão. Não se pode negar, porém,

que este também é um lado importante e que o esforço dos últimos levantamentos é louvável. Esses levantamentos são apenas um primeiro passo para o estudo da deficiência e sua relação com outros grupos sociais no país, mas um passo extremamente importante.

Para os idosos, o rigor excessivo na definição de deficiência pode ter conseqüências negativas. Como a deficiência é tratada como uma situação de incapacidade total, uma série de ajustes na sociedade, necessários para a melhoria de condições de vida dos idosos, recebe pouca ou nenhuma atenção das medidas de apoio à deficiência. Há alguns anos, discutia-se como permitir o acesso de pessoas em cadeiras de rodas nos veículos de transporte coletivo, mas pouca atenção era dada a medidas simples e, portanto, mais fáceis de implementar, que facilitassem o acesso de pessoas com capacidade limitada de subir escadas — um problema relativamente comum entre idosos — nesses veículos. Há outros exemplos. Existem iniciativas, inclusive privadas, para a oferta de certos textos em braile — cardápios de restaurante, rótulos de mercadorias etc. — mas pouco se faz para oferecer esses mesmos textos em letras nítidas e de grande tamanho para as pessoas que têm sua acuidade visual reduzida — algo também mais comum entre idosos.

5 OBSERVAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, observa-se uma tendência de mudança na forma de se entender o que é deficiência e como a sociedade é responsável por ela. Por trás dessa mudança está a emergência no Brasil de uma corrente política e teórica iniciada no Reino Unido nos anos 1960, cuja maneira de definir deficiência é conhecida como *modelo social da deficiência*. O ponto de partida do modelo social é a idéia de que a deficiência é resultante da combinação de limitações impostas pelo corpo a uma organização social pouco sensível à diversidade corporal. Em outras palavras, a deficiência não está localizada apenas nos indivíduos, mas na incapacidade da sociedade em prever e ajustar-se à diversidade.

Do ponto de vista conceitual, o modelo social enfatiza uma mudança de perspectiva quanto ao peso que características corporais têm na experiência da deficiência, mudança que tem conseqüências para a formulação de políticas: o reconhecimento da "sociedade deficiente" é tão ou mais importante para a formulação de políticas públicas que a identificação da "pessoa deficiente". O modelo social jamais ignorou o papel que as perdas de funcionalidade têm na experiência da deficiência, mas enfatiza que, em muitos casos, essa experiência só ocorre por motivos eminentemente sociais. É perfeitamente possível, por exemplo, que, em uma sociedade devidamente ajustada, uma pessoa com algum tipo de limitação funcional não experimente a deficiência.

A perspectiva do modelo social da deficiência encontrou nos idosos um caso paradigmático. A acumulação de limitações leves na funcionalidade corporal, típica entre os idosos, pode levar à experiência de grandes deficiências, caso estes vivam em uma sociedade que se organiza de maneira hostil às pessoas com essas limitações. Além disso, o envelhecimento populacional de certo modo evidencia que a deficiência não pertence apenas ao universo do inesperado. A idéia de que a experiência da deficiência faz ou fará parte da vida de uma grande quantidade de pessoas torna-a um tema de pauta não mais limitado aos movimentos de deficientes, mas de todos os movimentos sociais igualitaristas.

Embora a definição de deficiência dentro do que se convenciona chamar *modelo médico* seja ainda dominante no Brasil, há evidências de uma mudança de perspectiva em direção ao modelo social. Até meados da década de 1990, o modelo médico foi hegemônico nos levantamentos de população, mas a partir do final dessa década os questionários utilizados sofrem uma guinada e passam a coletar informações de forma mais próxima ao preconizado pelo arcabouço teórico do modelo social. O fato de os levantamentos demográficos serem realizados por instituições governamentais provavelmente terá impactos na forma como as políticas sociais em geral definem a deficiência.

BIBLIOGRAFIA

ABBERLEY, P. The concept of oppression and the development of a social theory of disability. *Disability, Handicap & Society*, v. 2, n. 1, p. 5, 1987.

ARAÚJO, L. A. D. *A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência*. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos — Corde, 2003 (Série Legislação em Direitos Humanos, 3).

BARTON, L., OLIVER, M. Introduction: the birth of disability studies. *In: Disability studies: past, present and future*. Leeds, The Disability Press, p. ix, 1997.

MORRIS, J. Impairment and disability: constructing an ethics of care that promotes human rights. *Hypathia*, v. 16, n. 4, Fall, p. 5, 2001.

OLIVER, M. *The politics of disablement*. London: MacMillan, 1990.

UPIAS. *Fundamental principles of disability*. London: Union of the Physically Impaired Against Segregation, p. 3-4, 1976.

WHO — WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH)*. Geneva, p. 11,1980.

——————. *International classification of functioning disability and health (ICIDH-2).* Geneva, 2001.

CAPÍTULO 4

MORRER COM DIGNIDADE: UM DIREITO FUNDAMENTAL*

Debora Diniz
Da Universidade de Brasília (UnB) e da ANIS: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
Sérgio Costa
Do Instituto Camillo Filho (PI)

1 INTRODUÇÃO

Na totalidade dos países desenvolvidos ou em fase de desenvolvimento, as alterações demográficas ocorridas nas últimas décadas têm apontado para uma longevidade maior da população. Tome-se como exemplo a população norte-americana: se, em 1950, o número de pessoas que ali viviam com idade acima de 85 anos era de aproximadamente 585 mil, este número saltou para 3 milhões em 1990 e, em breve, alcançará 5 milhões. No Brasil, entre 1950 e 2000, a população desse grupo etário passou de aproximadamente 493 mil para 900 mil pessoas. Para a grande maioria dos estudiosos sobre o assunto, independentemente do país onde se faça uma abordagem demográfica de grupos populacionais com idade superior a 85 anos, o número crescente de pessoas situadas acima dessa faixa etária constitui, de fato, uma questão política e de saúde pública da maior importância.

As razões para esse aumento da expectativa de vida são múltiplas, desde a urbanização das cidades à melhoria das condições de trabalho, sendo os avanços biomédicos ocorridos a partir da metade do século passado apontados como decisivos. Em conseqüência, questões de ética aplicada já clássicas, como a eutanásia ou o direito de morrer, foram revigoradas. A possibilidade de intervir no ciclo da vida, acelerando ou estendendo o momento da morte, é, talvez, uma das questões mais centrais à ética aplicada em saúde, sendo o Juramento de Hipócrates uma das referências éticas mais antigas. Há autores que, inclusive, creditam a consolidação da Bioética nos Estados Unidos ao debate em torno da medicalização da

* Alguns dos argumentos deste artigo foram discutidos pelos autores em outras ocasiões.

morte e da eutanásia [Adre (2002)]. O avanço biomédico, em especial as técnicas paliativas, trouxe para a cena do debate não apenas a discussão sobre a existência ou não de um suposto direito a escolher o momento da morte, mas também o tema dos tratamentos extraordinários que podem estender indefinidamente a vida, impedindo que as pessoas efetivamente morram.

Não é à toa que cresce a cada dia a discussão em torno da participação ativa dos profissionais da biomedicina na assistência à morte. Ao contrário do passado, em que decisões sobre o tratamento eram exclusivas da equipe de saúde, hoje, estimula-se que os usuários do sistema de saúde participem da tomada de decisões, especialmente daquelas consideradas centrais à existência humana, como as relacionadas ao início e ao fim da vida. O reconhecimento de que a decisão sobre o momento da morte não deveria ser apenas uma questão técnica, mas essencialmente de ordem ética e, portanto, da esfera privada das pessoas, vem sendo considerado um verdadeiro desafio aos profissionais de saúde. Tradicionalmente treinados para enfrentar e resistir à morte, sob a alegação de que a missão biomédica é a de salvar vidas, a resistência moral em torno de qualquer debate formal sobre a eutanásia ou mesmo o direito de morrer é ainda muito grande.

Há, no entanto, uma enorme incongruência ética nessa resistência, pois diversos estudos etnográficos em centros de terapia intensiva, infantil ou adulta, mostram que a eutanásia passiva — prática conhecida por "desligar os aparelhos" ou "deixar a morte seguir o seu curso" — é procedimento corrente. O que há, na verdade, é uma enorme resistência em enfrentar abertamente esse tema, pois ele, por um lado, representa a falibilidade da biomedicina e, por outro, mostra que há situações em que a melhor medida terapêutica é permitir que a morte ocorra livre de intervenções tecnológicas ou biomédicas. Intencionalmente ou não, e diferente de outras situações analisadas pela Bioética no Brasil, o debate sobre a eutanásia ou o direito de morrer vem sendo travado, essencialmente, à beira do leito. Poucos são os debates públicos ou os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional que propõem regulamentar a prática da eutanásia passiva como um direito no Brasil. Ressalte-se o esforço isolado de alguns estados da federação ao tentar regulamentar essa matéria, a exemplo do governo do Estado de São Paulo que, em 1999, promulgou projeto de lei dispondo sobre os direitos dos usuários e das ações de saúde. Por meio dessa lei, o doente pode recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários que prolonguem a sobrevida, assim como pode escolher o local de sua morte [Governo do Estado de São Paulo (1999)]. Nesse momento, a lei paulista tramita em formato de projeto de lei no Congresso Nacional.

Médicos e enfermeiras, em especial os envolvidos com o tratamento de doenças crônicas e degenerativas ou em centros de tratamento intensivo, são continuamente confrontados com diferentes escolhas sobre quando, como e onde morrer, preferências diretamente relacionadas aos padrões de bem-viver das pessoas e não apenas a questões de ordem técnica sobre oferta de tratamentos ou procedimentos cirúrgicos, por exemplo. Na verdade, em algumas situações críticas e terminais, em face da inevitabilidade da morte e do esgotamento das alternativas curativas ou paliativas biomédicas, a possibilidade de decidir sobre a própria morte assume um papel de conforto moral. Um número crescente de pessoas, especialmente idosas, procura auxílio de médicos e enfermeiras não apenas para tratar doenças, mas para garantir que a experiência da morte seja também resultado de escolhas individuais.

A dificuldade não está apenas em reconhecer que há situações clínicas em que a morte é uma escolha mais confortável que a manutenção de tratamentos ou o confinamento a uma unidade de tratamentos intensivos. O fato é que, afora os casos-limite próximos de um consenso moral sobre a eticidade da eutanásia voluntária, haverá ocasiões em que doentes e profissionais de saúde verão as opções de tratamento de maneira diversa [Costa (2001)]. Essa diferença de perspectivas aponta para a separação entre o conhecimento técnico e a autoridade ética no cuidado com o corpo e com a saúde. Haverá situações em que o doente e sua família poderão insistir em tratamentos considerados fúteis para os profissionais de saúde, ao passo que é possível imaginar situações em que o doente, deliberadamente, decide não manter tratamentos de prolongamento da vida, a despeito da orientação médica. Reconhecer que haverá situações em que a recomendação biomédica de manutenção do tratamento não corresponde às expectativas dos doentes é um novo desafio, em especial para os médicos, acostumados à soberania da autoridade terapêutica.

Esse processo crescente de retirada do tema da morte do universo biomédico e de sua aproximação da esfera das decisões cotidianas não deve ser entendido meramente como uma consolidação de valores morais individualistas entre nós. O debate sobre a eutanásia voluntária é fruto de valores liberais, em especial da autonomia, mas também se ampara em valores caros a outras tradições morais, em especial à tradição cristã por meio do princípio da dignidade humana [Dworkin (2002), Barchifontaine (2001), Lepargneur (2001) e Pessini (2001*a*)]. Os fundamentos éticos do debate sobre o direito de morrer são vários, muito embora os princípios da autonomia e da dignidade sejam referências obrigatórias para qualquer processo decisório, inclusive nos países que regulamentaram em lei o direito a alguma forma de eutanásia, como Holanda, Colômbia e Bélgica, por exemplo.

Além da explicitação dos fundamentos éticos que suportam a legitimidade do direito à eutanásia, a relativização da autoridade biomédica para a decisão de conflitos morais no campo da saúde e da doença é parte de um processo amplo de crítica social, em que a consolidação da Bioética é um desses exemplos [Diniz e Guilhem (2002)].

A Bioética vem se consolidando como um campo de pesquisa, ensino e intervenção da ética social especializada em temas de intenso conflito moral [Diniz (2001*d*)]. Muito embora o universo de questões bioéticas oscile do meio ambiente à pesquisa com animais não-humanos, a Bioética brasileira especializou-se em temas relacionados ao processo de saúde e doença com seres humanos. Questões clássicas à prática biomédica, como o aborto e a eutanásia, ou novos temas, como a clonagem e a reprodução assistida, estão na pauta do debate bioético internacional e brasileiro por meio de projetos de lei, debates públicos, acesso a serviços de saúde ou pesquisa científica. Os debates em torno da eutanásia e da pesquisa com seres humanos foram decisivos para a estruturação da Bioética nas universidades, em especial na primeira fase de implementação da Bioética como disciplina acadêmica nos Estados Unidos nos anos 1970 [Adre (2002) e Singer (2002)]. A centralidade do tema da eutanásia para a consolidação acadêmica da Bioética deve ser analisada à luz das mudanças demográficas experimentadas por países, como Estados Unidos e Reino Unido, onde a Bioética primeiramente se consolidou.

Este artigo apresenta o estado da arte conceitual do debate bioético sobre o direito de morrer entre idosos. Por ser um dos temas prioritários à produção intelectual em Bioética, o tema da eutanásia está repleto de sutilezas argumentativas, que procuram diferenciar a eutanásia, como o exercício de um direito fundamental, do extermínio praticado pela medicina nazista, em que idosos e deficientes foram arbitrariamente assassinados. A análise e apresentação dos conceitos de eutanásia passiva e ativa, eutanásia voluntária e involuntária e distanásia permitirá melhor avaliação dos avanços e resistências na regulamentação da eutanásia como um direito. Muito embora as solicitações de eutanásia possam ser feitas em todas as fases do ciclo da vida, este artigo procura lançar luzes sobre a situação de idosos em tratamento terminal ou de idosos portadores de doenças crônicas, incuráveis ou degenerativas, que desejam deliberar sobre sua própria morte [Singer (2002)].[1] Grande parte dos argumentos diz respeito, portanto, à discussão sobre eutanásia em contextos de medicalização da morte entre idosos. O objetivo final é mostrar

1. Um debate intenso na Bioética é também o da eutanásia neonatal, especialmente com a difusão das idéias de Singer e Kuhse sobre qualidade de vida e bebês gravemente deficientes. Essa discussão não será abordada neste artigo, mas uma boa referência inicial é o livro *Should the baby live? The problem with the handicapped infants.*

que a eutanásia, seja ela passiva ou ativa, deve ser resultado de um processo livre e informado e, por isso, deve ser compreendida como um direito fundamental amparado nos princípios éticos da autonomia e da dignidade.

2 UMA HISTÓRIA PARADIGMÁTICA

Durante um longo período na história da medicina, referir-se à eutanásia era tocar em um dos temas proibidos da ética biomédica. A sombra deixada pela experiência nefasta e totalitária do estado nazista aboliu toda e qualquer possibilidade de resgate do direito de morrer com a devida dignidade. A experiência eugênica conduzida por Hitler confundiu o senso comum: ainda hoje se usa indiscriminadamente o termo eutanásia, seja como sinônimo de homicídio ou de morte digna. Infelizmente, para muitos profissionais da área de saúde, e não somente para os médicos, eutanásia é ainda sinônimo de homicídio premeditado. Em nome disso, a proposta da Bioética de resgate do tema em nome dos direitos individuais é, para muitos, vista como uma violação dos preceitos básicos da prática biomédica. São comuns frases como: "a medicina foi feita para curar e não para matar", "médicos não podem ser assassinos", "a enfermagem é comprometida com o cuidado", dentre outras combinações que apontam para a confusão conceitual deixada pela intolerância do nazismo.

Em 1988, um dos mais importantes periódicos médicos do mundo, *Journal of American Medical Association* (Jama), publicou um relato anônimo que acendeu o debate internacional sobre a eutanásia [Anonymous (1995)]. O relato intitulado *It's over, Debbie* foi creditado a um jovem médico residente lotado em uma enfermaria de oncologia. A história é breve e a narrativa simplória, sendo sua força derivada do fato de ser uma história verídica publicada em um dos periódicos mais importantes da pesquisa médica. Debbie era uma mulher de 20 anos, internada em um centro de tratamento oncológico, em fase terminal de câncer de ovário. Durante uma crise de dor, o médico residente foi acionado para vê-la. Era a primeira vez que os dois se encontravam. Sonolento e cambaleante — estes são os adjetivos que resumem o estado de espírito do residente na narrativa — o médico é recebido por uma mulher destruída pela dor. O único diálogo travado entre os dois resumiu-se a um suplício de Debbie que lhe dizia: "doutor, acabe com isso". Bastou esta frase para que o médico injetasse uma dose excessiva de morfina em Debbie, o suficiente para provocar-lhe a morte imediata. O autor do relato, que assumiu para si a responsabilidade pelo ato, sabia que o medicamento mataria Debbie e justificou o feito em nome do direito de Debbie de deliberar sobre sua própria morte.

A história de Debbie provocou uma avalanche de discussões bioéticas sobre a eutanásia e o direito de morrer, inclusive levando o Jama a investigar a veracidade do relato, buscando em todos os hospitais norte-americanos onde, de fato, a história poderia ter se desenrolado. Indiferente ao fato de se a narrativa foi verídica ou fruto da criatividade de algum residente, a história trouxe fatos plausíveis, não muito diferente do que pode ocorrer em vários hospitais no mundo. A história de Debbie tem o mérito de trazer para discussão os equívocos em torno do tema eutanásia. Eutanásia, entendida como o resultado do exercício de um direito individual — o direito de deliberar sobre a própria morte —, não pode se basear em avaliações apressadas, irresponsáveis e autoritárias, como a tomada pelo médico-residente. Debbie e o médico-residente não se conheciam, o que torna a relação entre os dois essencialmente superficial, impedindo até mesmo que o médico avaliasse o significado do pedido de Debbie: se uma solicitação para pôr fim à dor ou se um pedido de ajuda para morrer.

A partir da publicação desse relato, alguns acordos conceituais passaram a se formar no debate bioético [Lacewell (1987), Leonard-Taitz (1992) e Rachels (1999)]. O primeiro foi o de que não é correto confundir eutanásia voluntária, isto é, aquela que se fundamenta em um processo informado e autônomo, com a eutanásia involuntária ou o homicídio [The Members of Task Force (1993) e Pellegrino (1993)]. Eutanásia voluntária é praticada quando a pessoa doente deseja morrer, está devidamente informada sobre sua situação clínica e não se encontra em estado depressivo no momento da decisão. O diagnóstico de sua doença e a existência ou não de possibilidades terapêuticas não devem ser traçados por apenas um médico, mas por uma equipe multidisciplinar de saúde. Esses foram requisitos éticos e técnicos não cumpridos no caso de Debbie. Em nome disso, a história de Debbie foi entendida por muitos críticos como um simples caso de homicídio ou de eutanásia involuntária: uma mulher em profundo sofrimento pede socorro para debelar a dor e o médico a mata [Gaylíln *et alii* 1995)]. A eutanásia involuntária ocorre quando o doente não deseja a morte ou quando não se conhece sua vontade. O simples fato de Debbie ter dito "acabe com isso, doutor" não foi considerado razão suficiente para justificar a opção pela eutanásia. Outros comentaristas, no entanto, tomaram a história como um caso paradigmático para demonstrar a importância de se regulamentar os procedimentos para legitimação da eutanásia como uma prática assistencial em saúde [Engelhardt (1995)].

3 A CENTRALIDADE DA AUTONOMIA

A principal divergência em torno da história de Debbie não foi técnica, isto é, em que medida um quadro clínico terminal de câncer justificaria ou não um pedido

de eutanásia, mas sim ética. Na história da Bioética, poucos comentaristas se detiveram a discutir as situações clínicas ou os quadros de dor que justificariam a prática da eutanásia. O nó argumentativo daqueles que apontavam os equívocos da narrativa foi o da centralidade do respeito ao princípio da autonomia para a prática da eutanásia. A pergunta não era se um quadro de câncer terminal justificaria ou não alguém preferir a morte à manutenção do tratamento, mas, sim, em que medida esta teria sido uma escolha informada e autônoma quando realizada no meio da noite por uma mulher fragilizada pela dor física e por um jovem médico sonolento. No caso de Debbie, não haveria como saber se esta era sua escolha ou um impulso provocado pela dor intensa, pois o médico não cumpriu com nenhum dos procedimentos existentes para garantir sua integridade moral. Sem riscos de exagero, Debbie foi imprudentemente assassinada por um jovem médico-residente, cansado ou compadecido com sua dor. Sua morte não pode ser considerada um ato de respeito a sua vontade, sendo um equívoco qualificá-la como eutanásia voluntária. Desde então, o princípio da autonomia assumiu uma posição central no debate sobre o direito de morrer, sendo considerado uma peça fundamental para a eticidade da prática.

A autonomia é um dos pilares das teorias bioéticas vigentes. A publicação do livro *Princípios da Ética Biomédica*, de Tom Beauchamp e James Childress, em 1978, foi decisiva para a consolidação do princípio do respeito à autonomia como um mecanismo legítimo para a resolução dos conflitos morais em saúde [Beauchamp e Childress (2002)]. Os autores não se referem apenas à autonomia, mas consolidam a importância do respeito à autonomia individual como uma peça-chave para a Bioética [Diniz e Guilhem (2002)]. As decisões são consideradas autônomas não apenas quando resultam de deliberações individuais ou quando são derivadas de preferências ou desejos individuais, mas principalmente quando resultam de processos informados e esclarecidos sobre tratamentos, terapêuticas, prognósticos, riscos, malefícios e benefícios de cada conduta biomédica. Em outras palavras, para uma decisão ser considerada autônoma não basta que a pessoa esteja livre de constrangimentos morais contrários a suas escolhas, mas também que se promova sua autonomia, especialmente por meio da informação qualificada, honesta e compreensível.

A exigência de que a decisão pela eutanásia seja fruto de um processo deliberativo informado e autônomo trouxe novas questões ao debate [Horta (1999)]. Se a autonomia é um dos requisitos éticos fundamentais para a legitimidade da eutanásia voluntária, o que fazer quando a pessoa não expressou sua vontade? Em que medida a família poderia assumir a responsabilidade decisória e ser considerada agente legítimo, seja por manter tratamentos, seja para interrompê-los?

Há casos em que a eutanásia involuntária pode ser considerada nos mesmos termos da eutanásia voluntária? O primeiro desafio foi então reconhecer que, muito embora a autonomia seja o princípio balizador para a legitimidade da eutanásia voluntária, há pessoas que não têm condições de se pronunciar sobre suas preferências em face da gravidade de seus quadros clínicos. A situação clássica de alguém em morte cerebral internado em uma unidade de terapia intensiva é um exemplo recorrente ao debate. Outro exemplo comum é o de idosos em processo demencial avançado, como é o caso daqueles que sofrem do Mal de Alzheimer, em que não há mais como considerar a capacidade cognitiva e avaliativa para expressão da vontade individual. Alguns teóricos acreditaram resolver essa questão sugerindo que, na ausência da vontade explícita no momento da decisão, deveriam ser considerados também como válidos instrumentos legais anteriores, como o testamento, cartas ou mesmo pronunciamentos informais, ou seja, apesar de não ser possível apelar para a vontade expressa no momento da decisão, a eutanásia seria mantida como resultado da vontade individual, tendo sido esta expressa em outros momentos e situações.

Na verdade, grande parte das solicitações de eutanásia não acontece pela formalização explícita da vontade, registrada em cartas ou testamentos, mas por arranjos argumentativos entre a família, os cuidadores e a equipe de saúde. A expectativa ética de que decisões sobre eutanásia somente ocorram após a consulta informada aos doentes não corresponde à rotina de unidades de tratamento intensivo ou de ambulatórios de pacientes de alto risco, mas sim a um mundo idealizado por filósofos morais e que foi incorporado pela Bioética. A prática da eutanásia passiva, isto é, o desligamento de aparelhos ou a retirada de mecanismos artificiais de sustentação da vida, é, na maior parte dos casos, uma prática pacificamente acordada entre família e equipe de saúde, especialmente quando os pacientes são idosos em estágios terminais da vida. Nesses casos, muito embora não exista um registro oficial da vontade do idoso, apenas os relatos de familiares e cuidadores, as equipes de saúde tendem a acatar as deliberações da família, especialmente quando se trata de doenças incuráveis, terminais, sem qualquer possibilidade de cura ou tratamento e que implicam extremo sofrimento físico para os idosos. Alguns autores, inclusive, se recusam a denominar a retirada de mecanismos de sustentação artificial da vida ou dos meios extraordinários de tratamento como eutanásia passiva. Preferem classificá-la simplesmente como "recusa de tratamento", haja vista a carga emocional e moral que o conceito de eutanásia carrega consigo.

A recusa de tratamento deve ser entendida como uma decisão pela não-medicalização da morte, especialmente em situações onde os recursos biomédicos não são capazes de oferecer qualquer benefício ao doente além da experiência da

obstinação terapêutica. O prolongamento da vida não é, por si só, um benefício, especialmente quando se trata de pacientes terminais para os quais não há qualquer possibilidade de mudança ou inversão do quadro clínico. Afastar a recusa de tratamento do debate sobre a moralidade da eutanásia é confortante tanto para os doentes quanto para os profissionais de saúde. Recusar um tratamento fútil ou extraordinário não deve ser entendido nos mesmos termos descritivos de uma eutanásia ativa pela injeção de potássio ou de um suicídio assistido em que uma máquina de matar é oferecida ao doente. Alguns profissionais biomédicos entendem a recusa de tratamento como um ato de desobediência à autoridade técnica ou uma ameaça à ideologia do vitalismo, mas essa é uma mudança de mentalidade que, gradativamente, vem sendo alterada no cotidiano dos hospitais e centros de saúde. A recusa de tratamento deve ser, simplesmente, entendida como a expressão de uma vontade individual de enfrentamento da morte sem o recurso da medicalização.

4 A RECUSA DE TRATAMENTO E A DISTANÁSIA

Caso se considere o respeito à autonomia um princípio-chave para a ética nos cuidados em saúde, importa pouco se a conceituação científica mais adequada é a de eutanásia passiva ou a de recusa de tratamento. O fato é que, em geral, as pessoas não qualificam suas escolhas por abreviar a vida — seja ativamente por uma injeção letal, como foi o caso de Debbie, seja passivamente pela retirada de aparelhos — como "eutanásia". Termos mais amenos como "deixar a morte seguir seu curso" ou "reconhecer que não há mais o que fazer" são expressões equivalentes e que resumem, sob outro léxico moral, a prática da eutanásia passiva ou da retirada de tratamento. A recusa do tratamento pode ser feita em várias fases do desenvolvimento de uma doença, sendo o mais comum após tentativas sem sucesso de mudança do quadro clínico, acompanhadas de longas internações hospitalares. A história de Sigmund Freud é, talvez, um dos exemplos mais elucidativos desse processo decisório. Freud, aos 83 anos, após submeter-se à 32ª cirurgia na vã esperança de extrair um tumor de mandíbula, pediu a um colega para acelerar a sua morte. Teve o pedido aceito. Assim como Freud, inúmeras outras pessoas sabem o que significa acelerar o processo da morte. E agem guiadas pela convicção de que essa é uma decisão que lhes é de direito.

Mas em que situações seria legítimo uma pessoa recusar o tratamento? Ao contrário da eutanásia ativa, em que a morte é intencionalmente provocada, as situações de eutanásia passiva não requerem uma ação tão direta e agressiva da equipe de saúde. Para que uma recusa de tratamento acelere ou provoque a morte de uma pessoa é preciso que essa pessoa já esteja em um processo de debilitação

grave, em que a morte seja iminente. Costuma-se caracterizar como portador de uma doença incurável ou irreversível com alta probabilidade de morte, aquele que, em um curto intervalo de tempo, não mais do que seis meses, irá falecer sem intervenção médica. Quer dizer é terminal o doente que apresenta duas características fundamentais: a da incurabilidade e a do fracasso terapêutico dos recursos médicos. Grande parte das situações de recusa de tratamento entre idosos se dá em casos terminais, sendo rara a situação de recusa de tratamento em que o quadro é curável ou reversível. É possível, portanto, considerar o caráter fútil do tratamento como uma precondição às situações de eutanásia passiva ou de recusa de tratamento entre idosos, o que reforça ainda mais a tese do direito individual.

Um tratamento é considerado fútil ou extraordinário quando a única justificativa para mantê-lo é a "medicalização" da morte, isto é, o prolongamento da vida do doente por meios artificiais de sustentação da vida ou por medicamentos, a despeito da irreversibilidade do quadro clínico e da iminência da morte.[2] Há casos em que a "medicalização" da morte é tão agressiva e inútil que alguns autores passaram a se referir como distanásia [Pessini (2001*b*) e Lepargneur (1999)]. A distanásia é um fenômeno recente e que representa a crescente "medicalização" da saúde, especialmente pelo exagero no uso de tecnologias médicas. A distanásia ocorre, principalmente, entre idosos e poderia ser definida como a decisão ou o conjunto de procedimentos médicos cujo intuito é impedir a morte de um doente já em vias de falecer. É em torno da distanásia ou dos tratamentos fúteis que o debate bioético mais cresce, especialmente pelo impacto que a prática causa na qualidade de vida tanto do doente quanto de seus cuidadores e familiares. Grande parte do debate público e jornalístico em torno do direito de morrer discute especialmente o tema distanásia, ou seja, o prolongamento desnecessário da sobrevivência sem qualquer consideração pelo bem-estar ou preferências individuais.

A distanásia é a prática que mais diretamente ameaça a promoção do princípio da dignidade humana nos cuidados em saúde para com os idosos. É também a experiência que maior temor provoca em idosos hospitalizados ou submetidos a tratamentos de doenças crônicas. Muitas pesquisas mostram que os idosos não temem diretamente a morte, mas a aproximação da morte acrescida de sofrimento físico e mental, tratamentos prolongados e obstinações terapêuticas. Esse receio, infelizmente, não é infundado. A ideologia do vitalismo que move as carreiras biomédicas é ainda um valor moral central que motiva médicos e enfermeiras a manter um idoso em estágio terminal sob pesadas drogas e reanimações contínuas. O princípio da santidade da vida humana que defende ser ela intocável, muito

2. A literatura norte-americana utiliza "tratamentos fúteis" como sinônimo de distanásia.

embora cada vez mais relativizável pelas pesquisas científicas com seres humanos e pelas técnicas de reprodução humana, é um apelo moral que justifica o mecanicismo que motiva a distanásia. Não só não se permite que as pessoas exerçam seu direito de decidir sobre como, quando e onde morrer, mas principalmente corre-se o risco de ser obrigado a se manter vivo pela ideologia do vitalismo.

Se, por um lado, para que a eutanásia voluntária seja considerada uma possibilidade na assistência em saúde é preciso que o princípio do respeito à autonomia seja não apenas promovido, mas também garantido, por outro, é preciso que o princípio da dignidade seja seriamente respeitado para que se evite exageros de medicalização conduzindo o doente a um quadro de distanásia. A ideologia do vitalismo, seja por insistência de cuidadores e familiares, seja por determinação dos próprios estabelecimentos de saúde, precisa ser seriamente enfrentada. Há duas possibilidades de se analisar e enfrentar essa questão. Primeiro, nas situações em que o doente expressou-se contrariamente à manutenção do tratamento, considerá-la como uma violação de direitos e liberdades individuais. Segundo, por uma perspectiva de justiça social, é preciso lembrar a afirmação corrente de que 50% dos gastos individuais em saúde são utilizados nos últimos seis meses de vida.

A referência a interesses coletivos na argumentação sobre o direito de morrer não significa que idosos possam ter seus aparelhos desligados ou que lhes sejam negados leitos pelo simples fato de que lhes resta pouco tempo de vida. Estes são casos de eutanásia involuntária e que devem ser qualificados como homicídios e enfrentados como uma grave violação dos direitos humanos dos idosos. O que vale ser ressaltado, no entanto, é o fato de que, partindo-se do pressuposto das liberdades individuais, ou seja, em situações em que os doentes se expressaram a favor da recusa de tratamento ou da eutanásia passiva, a questão da melhor alocação de recursos deve ser uma variável também considerada como fundamento ético para justificar a legitimidade da decisão.

5 O DIREITO DE MORRER

Embora no Brasil o debate em torno da legalização da eutanásia ainda seja incipiente quando comparado a outros países, como a Holanda, que despenalizou a prática desde 1993, tendo-a legalizado em 2001, ou a Colômbia, que autorizou a eutanásia passiva em 1997, este é um assunto que ganha cada dia mais força [Diniz (2001*a*) e Holm (1999)]. E isso acontece não apenas nos meios acadêmicos, especialmente com a profissionalização da Bioética, mas também na própria sociedade, como reflexo da veiculação de casos envolvendo o direito das pessoas, especialmente dos

idosos, de decidir sobre a continuidade ou não da própria vida. Nos últimos anos, devido às acusações direcionadas ao dr. Morte, médico norte-americano criador da máquina de suicídio assistido, e ao auxiliar de enfermagem brasileiro acusado de matar mais de uma centena de doentes, em geral idosos, em um hospital público do Rio de Janeiro, o debate em torno da eutanásia recobrou o seu vigor, tornando-se um dos temas prioritários da Bioética [Diniz (2001*b*)].

Permitir ou mesmo facilitar a morte de alguém não necessariamente transforma um médico ou uma enfermeira em assassino. Há uma diferença fundamental entre esses personagens. O profissional de saúde, que age guiado pela solidariedade ao sofrimento e pratica a eutanásia em respeito à vontade individual ou que se recusa a praticar a distanásia, pauta-se na certeza de que a deliberação livre sobre o momento de morrer é um direito inalienável do doente e que deve ser respeitado em nome da manutenção de sua dignidade. O médico e a enfermeira que auxiliam alguém a morrer fundamentam seus atos não em suas crenças pessoais sobre qual o melhor momento da morte ou em idéias sobre o ciclo natural da vida ou ideologias vitalistas. Eles tomam essa decisão a partir de dois princípios éticos que devem guiar não somente a prática profissional de médicos e enfermeiras, mas também a compreensão de inúmeras situações de conflito moral em saúde: os princípios do respeito à autonomia e à dignidade.

Os profissionais de saúde devem ser companheiros e facilitadores deste processo de institucionalização do direito de morrer, já que as razões que justificam ou não a eutanásia são estritamente individuais, sendo, por isso, impossível a definição de qualquer regra que obrigue, por exemplo, o desligamento de aparelhos em casos clínicos graves de idosos. O que um sistema público de saúde pode e deve assegurar é o fornecimento dos meios para que as pessoas possam terminar suas vidas com dignidade e o mínimo de sofrimento quando decidirem que chegou o momento para isso.

É fundamental, portanto, que se resgate a diferença entre eutanásia, distanásia e homicídio. Assim como os profissionais de saúde que reconhecem a soberania da autonomia e da dignidade permitindo que doentes terminais deliberem sobre sua própria morte não são monstros, a fronteira entre o direito de morrer e a eutanásia involuntária, entendida como homicídio, deve ser bem estabelecida. Não há nada em comum entre as duas práticas. A suposta confusão entre as duas categorias é fruto de um período da história que a humanidade se envergonha e teme qualquer possibilidade de retorno. Felizmente, não vivemos sob o regime de um estado totalitário que estabelece regras perversas sobre quem pode ou não viver. O debate sobre a eutanásia, em tempos de direitos humanos, está relacionado

à liberdade de cada indivíduo reger sua própria vida, e não a uma herança tardia da medicina nazista.

BIBLIOGRAFIA

ADRE, J. Virtue in bioethics: chossing projects well. *Bioethics as practice*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, p. 102-134, 2002.

ANONYMOUS. It's over, Debbie. In: MORENO, J. *Arguing euthanasia. The controversy over mercy killing, assisted suicide, and the "right to die"*. New York: Simon and Schuster, p. 31-32, 1995.

BARCHIFONTAINE, C. de P. A dignidade no processo de morrer. In: BARCHIFONTAINE, C., PESSINI, L. (orgs.). *Bioética: alguns desafios*. São Paulo: Loyola, p. 283-296, 2001.

BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J. O respeito à autonomia. *Princípios da ética biomédica*. São Paulo: Loyola, p. 137-208, 2002.

CARR, W. Physician-assisted death should be legalized. In: WINTERS, P. *Death and dying*. San Diego, Greenhaven Press, Inc., p. 73-79, 1998.

COSTA, S. Doutor, eu quero morrer. In: COSTA, S., DINIZ, D. *Bioética: ensaios*. Brasília: Letras Livres, p. 155-158, 2001.

DINIZ, D. A despenalização da eutanásia passiva: o caso colombiano. In: COSTA, S., DINIZ, D. *Bioética: ensaios*. Brasília: Letras Livres, p. 169-174, 2001*a*.

__________. Assassinato de aluguel não é eutanásia. In: COSTA, S., DINIZ, D. *Bioética: ensaios*. Brasília: Letras Livres, p. 165-168, 2001*b*.

__________. O dr. morte e a eutanásia. In: COSTA, S., DINIZ, D. *Bioética: ensaios*. Brasília: Letras Livres, p. 159-161, 2001*c*.

__________. *Conflitos morais e bioética*. Brasília: Letras Livres, 2001*d*.

DINIZ, D., COSTA, S. *Bioética: ensaios*. Brasília: Letras Livres, 2001.

DINIZ, D., GUILHEM, D. A teoria principialista. *O que é bioética*? São Paulo: Brasiliense, p. 34-38, 2002.

DWORKIN, R. Morrer e viver. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes, p. 251-308, 2002.

ENGELHARDT, T. Fashioning an ethic for life and death in post-modern society. In: MORENO, J. *Arguing euthanasia. The controversy over mercy killing, assisted suicide, and the "right to die"*. New York: Simon and Schuster, p. 42-50, 1995.

GAYLILN, W. *et alii*. Doctors must not kill!. In: MORENO, J. *Arguing euthanasia. The controversy over mercy killing, assisted suicide, and the "right to die"*. New York: Simon and Schuster, p. 33-36, 1995.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei 10.241, de 17 de março de 1999. *Diário Oficial do Estado*. Poder Executivo, São Paulo, SP, n. 51, Seção 1, p.1, 18 de março de 1999.

HOLM, S. Legalizar a eutanásia? Uma perspectiva dinamarquesa. *Bioética*, v. 7, n. 1, p. 101-106, 1999.

HORTA, M. Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. *Bioética*, v. 7, p. 27-33, 1999.

KUHSE, H., SINGER, P. *Should the baby live? The problem of handicapped infants*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

LACEWELL, L. A. A comparative view of the roles of motive and consent in the response of the criminal justice system to active euthanasia. *Med. Law*, v. 6, p. 449-463, 1987.

LEONARD-TAITZ, J. Euthanasia, the right to die and the law in South Africa. *Med. Law*, v. 11, p. 597-610, 1992.

LEPARGNEUR, H. Bioética da eutanásia. Argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética*, n. 7, p. 41-48, 1999.

———. Reflexões acerca da eutanásia. In: BARCHIFONTAINE, C., PESSINI, L. (orgs.). *Bioética: alguns desafios*. São Paulo: Loyola, p. 297- 336, 2001.

PELLEGRINO, E. D. Compassion needs reason too. *Journal of the American Medical Association*, v. 270, n. 7, p. 874-875, 1993.

PESSINI, L. A eutanásia na visão das maiores religiões. In: BARCHIFONTAINE, C., PESSINI, L. (orgs.). *Bioética: alguns desafios*. São Paulo: Loyola, p. 261-282, 2001*a*.

———. *Distanásia: até quando prolongar a vida*? São Paulo: São Camilo/Loyola, 2001*b*.

RACHELS, J. Active and passive euthanasia. In: KUHSE, H., SINGER, P. *Bioethics: an anthology*. Oxford: Blackwell, p. 227-230, 1999.

SINGER, P. Justificando a eutanásia voluntária. *Vida etica*. Rio de Janeiro: Ediouro, p. 242-250, 2002.

THE MEMBERS OF TASK FORCE ON LIFE AND LAW. *Euthanasia*. 1993, 180 p.

PARTE 3

A FAMÍLIA COMO *LOCUS* DE APOIO E DE TROCAS INTERGERACIONAIS

CAPÍTULO 5

FAMÍLIAS: ESPAÇO DE COMPARTILHAMENTO DE RECURSOS E VULNERABILIDADES

Ana Amélia Camarano
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA
Solange Kanso
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA
Juliana Leitão e Mello
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA
Maria Tereza Pasinato
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional traz mudanças nas famílias. Estas também envelhecem, o que pode ser medido pelo aumento da proporção das famílias com idosos residindo e pela sua maior verticalização, ou seja, pela convivência de várias gerações. Essa convivência pode significar co-residência ou não.

A família é vista como a fonte de apoio informal mais direta para a população idosa. Em muitos países, aparece como a única alternativa de apoio. Isso tem se verificado tanto pela co-residência como pela transferência de bens e recursos financeiros. Os seus membros se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de "conflito cooperativo" onde se cruzam as diferenças por gênero e intergeracionais. Daí surge uma gama variada de arranjos familiares.

As formas de arranjos familiares esperados para famílias com idosos residindo são do tipo casal com filhos ou famílias unipessoais, ou seja, idosos morando sós. O estado conjugal é um determinante importante desse tipo de arranjo, bem como a independência dos filhos, manifestada pela saída de casa.

Esses dois tipos de arranjos pressupõem autonomia física, mental e financeira, pelo menos, dos chefes de família. Quando isso não acontece, a co-residência ou a ampliação das famílias pode ser uma estratégia familiar utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas. A literatura dos anos 1980

mostrou que uma das estratégias de enfrentamento da pobreza na América Latina foi o aumento ou a redução do tamanho das famílias [Arriagada (1997)].

Além do envelhecimento populacional, duas outras tendências podem ser generalizadas: os idosos estão vivendo mais e em melhores condições financeiras e de saúde e os jovens estão adiando a idade em que saem da casa dos pais. O período em que os filhos passam como economicamente dependentes de seus pais tem crescido devido à instabilidade do mercado de trabalho, ao maior tempo despendido na escola e à maior instabilidade das relações afetivas.[1]

Partindo dessas premissas, o objetivo geral deste trabalho é entender como as famílias brasileiras estão se organizando para fazer face ao envelhecimento populacional e suas conseqüências, como a perda da capacidade funcional e financeira da população idosa, a maior dependência econômica dos jovens e o enxugamento do papel do Estado. Para isso, são analisadas as mudanças na composição das famílias brasileiras com idosos residindo entre 1980 e 2000, procurando inferir algumas estratégias de transferência intergeracional.

A hipótese do trabalho é que dada a predominância, em quase todo o mundo, de um modelo de políticas sociais que privilegia o enxugamento do Estado, as famílias estão sendo cada vez mais requeridas para cuidar dos seus segmentos "vulneráveis". Apoios intergeracionais, via arranjos familiares, têm sido crescentemente importantes como estratégias de sobrevivência, embora sob formas diferenciadas. Uma das estratégias utilizadas tem sido a co-residência. Reconhece-se que variações na renda dos pais e dos filhos desempenham um papel importante na co-residência.

As famílias com idosos residindo foram divididas em dois grupos: famílias *de idosos*, onde o idoso é chefe ou cônjuge, e famílias *com idosos*, onde os idosos moram na condição de parentes do chefe.[2] Admite-se que na primeira residam idosos com autonomia e, na segunda, os vulneráveis que demandam ajuda de familiares.[3] Reconhecendo que as demandas de idosos por cuidados advêm, principalmente, daqueles que não têm renda ou perderam a sua autonomia, foram consideradas, em separado, também, as famílias *cujos idosos não tinham renda e as com os que perderam a capacidade funcional*.

O trabalho está estruturado em cinco seções, sendo a primeira esta introdução. A Seção 2 apresenta uma breve revisão da literatura com o objetivo de analisar

1. Para mais detalhes sobre o assunto, ver Camarano *et alii* (2004).

2. Essa abordagem já foi utilizada em outros trabalhos [ver Camarano e El Ghaouri (2003) e Beltrão, Camarano e Mello (2004)].

3. Uma análise detalhada dos arranjos familiares *de idosos*, utilizando essa classificação, foi feita por Camarano e El Ghaouri (2003). Nesse trabalho, os dados utilizados foram basicamente os provenientes das PNADs de 1981 e 1999.

como as famílias com idosos residindo estão se organizando em vários países do mundo para cuidar dos seus segmentos "vulneráveis" e investiga quem são estes. Na Seção 3, apresenta-se uma breve descrição de como se constituem *os arranjos familiares de idosos* e *com idosos* no Brasil. Busca-se entender como as suas estratégias de organização estão contribuindo para o bem-estar das famílias. Na Seção 4, o foco de análise são as famílias com idosos residindo em condições de vulnerabilidade: sem renda e com perda de capacidade funcional. A preocupação é a mesma da seção anterior. Como estão sendo cuidados os idosos vulneráveis. São cuidadores, também? Finalmente, um sumário dos principais resultados é apresentado na Seção 5.

2 OS ARRANJOS FAMILIARES EM UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL[4]

O grupo populacional idoso é, em geral, considerado um grupo vulnerável, alvo, portanto, de políticas públicas específicas. Isso se deve ao fato de se reconhecer que ele não participa do processo produtivo e, conseqüentemente, não tem renda e apresenta incapacidades físicas e mentais causadas pela idade, ou seja, acredita-se que é um grupo que tem a sua autonomia comprometida pela falta de renda e/ou de saúde. Esses são dois determinantes importantes das condições de vida da população idosa e da organização dos arranjos familiares e que podem ser muito afetados pelas políticas sociais. Do ponto de vista do Estado, três políticas específicas são requeridas para lidar com essa questão: política de renda (previdência social ou assistência social), cuidado de longa permanência e política de saúde.

Políticas de cuidados em instituições de longa permanência não constituem uma prática comum nos países do hemisfério sul. Esse cuidado tem recaído mais sobre as famílias, o que, em parte, resulta em co-residência. A co-residência é uma forma importante de transferência de apoio entre gerações. Reflete, geralmente, necessidades de ambas as gerações. Iacovou (2000*b*) ressalta que a co-residência implica algum grau de reciprocidade dos cuidados, ainda que, provavelmente, essa reciprocidade ocorra de forma seqüencial e não contemporânea.[5]

As transferências de apoio intergeracionais, no entanto, não se restringem à co-residência. Incluem outros aspectos, tais como transferências de renda, bens e recursos, entre os quais uma parcela não-desprezível refere-se ao apoio emocional, cuidados pessoais e outros recursos intangíveis. O Capítulo 6 deste livro, mostra que nas capitais latino-americanas analisadas, a proporção de idosos que declararou receber algum tipo de apoio dos filhos adultos varia de 85% em Buenos Aires a

4. Esta seção está fortemente baseada na seção de revisão bibliográfica apresentada em Camarano e El Ghaouri (2003).

5. Por exemplo, os idosos mais jovens provêem cuidados, enquanto os idosos mais idosos o recebem.

93% em São Paulo. É pouco superior à de idosos que declararam prestar algum tipo de apoio. Esta ficou compreendida entre 76% na Cidade do México e 88% na cidade de São Paulo.

Em países desenvolvidos, onde a co-residência está declinando, o mesmo não pode ser dito dos demais mecanismos de transferências intergeracionais. Em cinco países analisados, Alemanha, Canadá, Japão, Reino Unido e Estados Unidos, uma proporção expressiva de idosos declarou receber ajuda de diversos tipos de seus filhos [ver Sündstrom (1994), Silvertein e Bengston (1997), Bonvalet e Maison (1999) *apud* Grundy (2001)]. Em casos de doença, por exemplo, os idosos com mais de 65 anos reportam receber ajuda dos filhos em proporções que variam de 69% nos Estados Unidos até 90% no Japão. Na Alemanha, 90% dos idosos declararam receber algum tipo de ajuda dos filhos; 87% quando estão doentes; 60% para a realização de atividades domésticas; 72% com transportes; e apenas 24% com dinheiro [Grundy e Tomassini (2002)].

Os aspectos internos aos arranjos familiares são complexos e difíceis de ser analisados. Não se deve assumir que um número maior de pessoas morando juntas se traduza, necessariamente, em maior suporte aos idosos, principalmente em regiões carentes, como salienta Lloyd-Sherlock (2001). Por outro lado, diversos trabalhos[6] para vários países do mundo têm mostrado que a co-residência, em muitos casos, se dá pela necessidade da população mais jovem. Estes estão permanecendo economicamente dependentes de seus pais por períodos mais longos, prolongando sua condição juvenil ou tornando-se adultos na casa dos seus pais em condições diferentes das anteriores. Apontam-se como fatores explicativos desses processos a instabilidade do mercado de trabalho, o maior número de anos passados na escola e a instabilidade das relações afetivas.[7]

2.1 Co-residência por Necessidades dos Filhos

A direção do fluxo de apoio intergeracional parece ser mais expressiva vindo das gerações mais velhas para as mais novas ao longo de grande parte do ciclo de vida dos indivíduos. Em geral, os pais idosos começam a demandar ajuda dos filhos apenas a partir dos 75 anos. Até então, são eles que atendem à demanda dos filhos [De Vaus e Qu (1997)].

---

6. Para mais detalhes sobre o assunto, ver Heslop (1999); Ofstedal, Knodel e Chayovan (1999), Lloyd-Sherlock (2001) e Camarano e El Ghaouri (2003).

7. A literatura sobre o tema mostra que os jovens apresentam trajetórias não-lineares de transição para a vida adulta. Podem tanto postergar a saída da casa dos pais como se tornarem independentes vivendo no mesmo domicílio de origem. Pesquisas qualitativas têm demonstrado que muitos jovens assumem trajetórias reversíveis de inserção no mundo adulto, retornando à casa dos pais, em vários casos, em condições de dependência financeira. Para aprofundar esta discussão ver, por exemplo, Camarano *et alii* (2004), Pimenta (2004), Galland (2003) e Pais (1993).

No Brasil, a saída da casa dos pais tem se verificado em idades consideradas avançadas, por exemplo, quando comparadas a países europeus como a Dinamarca. Para esse país, considera-se como saída tardia a que ocorre após 22 anos.[8] No Brasil, o divisor de águas ocorre aos 26 anos. Além disso, a proporção de pessoas que moram com os pais após essa idade cresceu entre 1981 e 1993. Na Dinamarca, ela passou de 5,4% para 11% e, no Brasil, a variação foi de 13,8% para 18,4% [Carneiro, Knudsen e Osório (2002)].

Estudos para o Brasil e a Ucrânia mostram que o adiamento da saída da casa dos pais é motivado, também, por restrições econômicas que dificultam a aquisição da casa própria pela geração mais nova [Camarano (2002) e Bezrukov e Foigt (2002)]. Dado o seu momento no ciclo de vida, muitos idosos têm casa própria, possuem terra etc.

Idosos também têm uma contribuição importante em outros aspectos da vida familiar. Devido a sua permanência no emprego e/ou à posse do benefício previdenciário, homens idosos mantêm o papel tradicional de chefe e provedor da família. Por outro lado, mulheres idosas tendem a se manter no seu papel tradicional de cuidadoras da família, mas acumulando, em certos casos, o papel de provedora [Camarano (2003)]. No Brasil, quanto mais elevado o número de filhos, maior é a chance de uma mulher idosa ter filhos residindo na sua casa [Andrade e De Vos (2002)].

A situação da África do Sul assemelha-se em muito à experiência brasileira. A queda do *apartheid* coincide com a extensão das pensões básicas aos africanos. Estas, como as brasileiras, têm se constituído em um instrumento valioso para o desenvolvimento social, desempenhando um importante impacto na redução da pobreza, nas condições de vida dos idosos e no incentivo à atividade econômica. Financiam a subsistência familiar e pequenas atividades agrícolas, funcionando também como investimento em capital humano. Thomas (1990) observou que os benefícios previdenciários recebidos pelas mulheres têm resultados positivos sobre a saúde das crianças [*apud* Bertrand, Miller e Mullainathan (2000)]. A co-residência de avós e netos tem resultado em um aumento da taxa de escolarização e em uma redução do trabalho infantil [Camarano (2002) e Ferreira (s.d.)].

Em países onde a prevalência do HIV/Aids é elevada, os idosos têm desempenhado um papel muito importante tanto no cuidado dos filhos doentes quanto no dos órfãos. A Aids atinge, em geral, pessoas entre 20 e 40 anos. Seus filhos podem ter sido afetados pela transmissão perinatal ou ter ficado órfãos. A idade

8. Essas medidas foram calculadas apenas para as mulheres por Carneiro, Knudsen e Osório (2002).

dos pais sobreviventes desses filhos aidéticos varia entre 50 e 70 anos. Enquanto os órfãos da Aids recebem uma grande atenção da sociedade, das políticas públicas, o mesmo parece não acontecer com os pais dos aidéticos.

Knodel e Saengtienchai (2002) estimam que, na Tailândia, aproximadamente 30 mil pais idosos perderam pelo menos, um filho de Aids. Estes deixaram cerca de 75 mil filhos órfãos, que têm sido cuidados pelos avós. Foi encontrado, também, que a maioria dos filhos adultos que morreu de Aids (59%) co-residiu com um dos pais durante o seu estado terminal.

Em países da África subsaariana, a combinação dos altos níveis de fecundidade com a alta prevalência da Aids tem resultado em um número elevado de órfãos. Por exemplo, em Botswana, a proporção de crianças órfãs triplicou entre 1994 e 1997. Em 1997, ela atingiu 4% das crianças menores de 15 anos desse país, 6% das do Malauí, 7% das do Zimbábue e 9% das de Zâmbia [Unaids (1999)].

Uma pesquisa empreendida no Zimbábue entrevistou pessoas de mais de 50 anos que cuidam ou cuidaram de pessoas terminais, vítimas da Aids. Aproximadamente 72% dos cuidadores tinham mais de 60 anos. Dentre os doentes, 40% eram filhos e 28,2% netos dos chefes da família. Dos órfãos, 80,5% eram cuidados pelos avós. Dentre os cuidadores, 75% eram mulheres [WHO (2002)].Os cuidados com os órfãos envolvem moradia, alimentação, roupas, educação, conforto e socialização em um contexto de pobreza. Cerca de 90% dos cuidadores não tinham nenhum rendimento mensal regular. A cobertura da previdência social é bastante baixa e os valores do benefício também o são [De Graft e Agyark (2002)].

Com o aumento da mortalidade feminina por Aids, a questão do cuidado com os órfãos passa a ser cada vez mais tarefa dos avós. Ntozi e Nakayiwa (1999) mostram que em 1992/1993, em Uganda, 10,6% das crianças órfãs de pais são cuidadas pelos avós. A mesma pesquisa mostrou que essa proporção atingiu 13,6% em 1995. Se a criança é órfã de mãe, a proporção comparável sobe para 17,5%.

As implicações da Aids são enormes tanto nos arranjos familiares quanto na vida das pessoas e no futuro das crianças órfãs. Do ponto de vista dos idosos, o impacto também é muito grande. Quando os filhos adultos morrem, os pais perdem o suporte que poderiam ter na velhice. As condições materiais de vida também são afetadas, uma vez que, na maioria, são os pais idosos quem arcam com as despesas da doença do filho, do funeral e assumem a responsabilidade pelo cuidado dos órfãos. Além disso, o cuidado dos filhos com doenças terminais pode afetar a saúde dos idosos.

Na Europa, também se constata a existência de arranjos familiares caracterizados pelo suporte a filhos adultos, especialmente em países onde os jovens experimentam maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Grundy (2001) apresenta um estudo comparativo sobre os determinantes da co-residência na Itália e na Grã-Bretanha. Observou que na Itália a propriedade da casa e a alta escolaridade das mulheres idosas são fortemente correlacionadas com a co-residência [Glaser e Tomassini (2000) *apud* Grundy (2001)]. A autora ressalta a possibilidade de que nos países do sul da Europa os idosos com maiores rendas sejam uma fonte de recursos mais importante para os filhos adultos do que nos países do norte, em função da inexistência ou ineficácia de políticas mais ativas de apoio aos jovens em dificuldade. Tem-se verificado, também, nesses países uma preocupação maior com a construção de mecanismos de políticas sociais que possibilitem maior cooperação entre famílias e Estado no cuidado à população idosa. Grundy (2001) cita algumas evidências [Kunemund e Rein (1999), Penning e Keating (2000) e Liu *et alii* (2000) *apud* Grundy (2001)].

Uma pesquisa realizada na Europa mostra a existência de um forte sentimento de reciprocidade e altruísmo tanto por parte dos filhos adultos quanto por parte dos idosos. Um terço dos jovens europeus acredita que sua geração tem responsabilidades para com os idosos e apenas 5% afirmam que não gostariam de ter de cuidar de parentes idosos [European Comission (1997) *apud* Grundy (2001)].

2.2 Co-residência por Necessidade dos Idosos

A probabilidade de existência de arranjos familiares extensos por necessidade dos idosos cresce à medida que aumenta a sua idade. Isso leva a uma associação entre co-residência de idosos (idosos vivendo em casa de filhos ou outros parentes) com sua "dependência" física ou financeira. Essa relação é fortemente intermediada por fatores culturais.

Por exemplo, na Europa os mecanismos de apoio dos filhos aos pais dependentes variam enormemente entre os países. Enquanto 73% dos espanhóis e 51% dos italianos responderam que ajudariam os pais com deficiência morando com eles, a proporção comparável, entre ingleses e holandeses, é bastante inferior, respectivamente 34% e 10%. Em contrapartida, a possibilidade de institucionalização é mais freqüente nos países nórdicos — 41% dos suecos em comparação a 2% dos italianos [Grundy (2001)].

Na Ásia, muito embora a co-residência de idosos e filhos esteja diminuindo, a família continua sendo a sua principal referência quando estes necessitam de apoio. O filho adulto tem a responsabilidade de cuidar dos pais quando eles perdem

a autonomia e passam a necessitar de cuidados. Numa pesquisa feita em 1995 nas Filipinas, Cingapura, Taiwan e Tailândia, constatou-se que apenas uma pequena parcela dos idosos não possuía pelo menos um filho adulto vivo. Nos anos 1990, 70% dos pais com 60 anos ou mais viviam com um filho adulto. Entre os chineses e malaios de Cingapura esse percentual aumentou para 90% [Ofstendal, Knodel e Chayovan (1999)].

Na China, mais de 70% dos idosos moram com filhos. Destes, aproximadamente 3/4 vivem em famílias com mais de três gerações [Yi (2001)]. Du Peng e Phillips (2002) mostraram que apesar de a China estar ampliando a cobertura do seu sistema de Seguridade Social, somente 25% das pessoas idosas recebem algum tipo de benefício. Nas áreas urbanas, 57% dos idosos dependem da ajuda econômica dos filhos e nas rurais, 64%. As mulheres são muito mais dependentes da renda dos filhos do que os homens. Cerca de 75% de sua renda vêm de ajuda dos filhos.

Ferreira (s.d.) mostra que a co-residência na África do Sul também tem sido benéfica para as gerações mais velhas. Ela mostra também, que em quatro outros países africanos, Ghana, Nigéria, Serra Leoa e Zimbábue, a maioria dos idosos recebe ajuda material, financeira e física de seus filhos. A grande maioria dos cuidados com idosos tem recaído sobre as mulheres. Também são elas que mais requerem o cuidado dos filhos. Isso pode estar associado ao fato de viverem mais do que os homens e de se encarregarem do cuidado deles.

Pesquisa realizada em 1994 no México mostrou que as famílias provinham a mais importante ajuda para os idosos [Conceição e Zavala (2002)]. Entre os casais de idosos, encontrou-se 67% deles vivendo com filhos. Entre as mulheres idosas sem cônjuges, a proporção comparável foi de 51% e, entre homens idosos sem esposas, ela foi de 41%, ou seja, a ajuda dos filhos aos idosos privilegia as mulheres nas idades mais avançadas, ficando os homens numa situação de maior fragilidade.

De Vos (1990) mostra que o estado conjugal afeta a probabilidade tanto do idoso quanto da idosa de morarem na casa dos filhos. Isso foi verificado para seis países da América Latina. Em média, 67% dos idosos não-casados vivem com suas famílias; entre os casados, essa proporção cai para 49%. O efeito é mais acentuado entre as mulheres do que entre os homens, controlando por idade e residência. Uma exceção foi encontrada na República Dominicana, onde os homens casados são mais propensos a viver com suas famílias que os solteiros.

Andrade e De Vos (2002) mostraram que a incapacidade física é associada à residência da mulher na casa de filhos. Aproximadamente 17% das mulheres brasileiras que viviam em casa de filhos reportaram não conseguir realizar as suas

atividades diárias básicas, como comer sozinhas. Isso representava 3,4% das mulheres idosas brasileiras em 1998. Incidência de pobreza também está associada a co-residência, aqui considerando tanto os filhos na casa dos pais quanto o inverso. As filhas são mais procuradas como "cuidadoras" de suas mães do que os filhos. Foi observada uma preferência das mães em morarem na casa de filhas [Andrade e De Vos (2002)].

Para o Brasil, foi mostrado que morar em casa de filhos é mais comum entre mulheres não-casadas [Saad (1999) e Andrade e De Vos (2002)]. As expectativas da população idosa eram de morar com filhas e não com filhos [Lloyd-Sherlock (2001)].

Sintetizando, a co-residência pode beneficiar tanto as gerações mais novas quanto as mais velhas. No entanto, não se sabe, por exemplo, se do ponto de vista dos idosos os arranjos familiares predominantes estão refletindo as suas preferências ou se são resultado de uma "solidariedade imposta". Como se viu, essa pode ser resultado de pressões econômicas, sociais e/ou de saúde, seja de sua parte, seja da parte de seus filhos. O mesmo se passa com os demais membros da família. Esse é um ponto importante a ser considerado porque pode ser um elemento desencadeador de insatisfação e violências domésticas.

3 OS ARRANJOS FAMILIARES *DE* E *COM IDOSOS* NO BRASIL

As alterações na composição das famílias brasileiras refletem as mudanças demográficas que a população experimentou nas últimas décadas, especificamente a queda da fecundidade e da mortalidade, além das transformações no mundo do trabalho e a ampliação da seguridade social. O objetivo desta seção é analisar o impacto desses fenômenos sobre os arranjos familiares que contêm idosos e suas condições de vida.

Como já se mencionou, as famílias com idosos foram divididas em dois grupos: famílias *de idosos*, onde o idoso é chefe ou cônjuge, e famílias *com idosos*, onde os idosos moram na condição de parentes do chefe ou do cônjuge.[9] Investiga-se a existência de associação entre dependência financeira e autonomia física e a composição dos domicílios com a presença de idosos. Espera-se que os idosos menos dependentes financeiramente e em melhores condições de saúde encontrem-se em maior número nas famílias *de idosos* e os mais dependentes em famílias *com idosos*, onde ele assume a posição de parente do chefe ou do cônjuge. Reconhece-se, também, a possibilidade de se encontrar arranjos em que o chefe tem renda, mas

9. Apesar de se referir às famílias brasileiras, a unidade de análise adotada neste estudo é o domicílio.

não tem autonomia para lidar com as atividades do cotidiano e a cônjuge não tem renda, mas pode cuidar do chefe. Os dados são provenientes dos Censos Demográficos de 1980 e 2000.

3.1 Composição dos Arranjos

O Gráfico 1 mostra a proporção de famílias segundo a presença de idosos. Observou-se um crescimento na proporção de famílias com a presença de idosos, o que era esperado em face do envelhecimento populacional. Essa proporção passou de 21,1% em 1980 para 24,1% em 2000. O crescimento ocorreu entre as famílias *de idosos*. Em 1980, elas eram responsáveis por 17,1% das famílias brasileiras e em 2000, passaram a constituir 20,9% delas. As famílias *com idosos* diminuíram tanto em termos absolutos quanto relativos, apontando para uma redução da dependência dos idosos como já ressaltado em outros estudos.[10]

O tamanho médio das famílias brasileiras reduziu-se nas últimas décadas, o que é explicado, principalmente, por um menor número de filhos nelas vivendo, conforme mostra a Tabela 1. Tal fato se deve, em particular, à queda da fecundidade, uma vez que a redução mais intensa ocorreu nas famílias *sem idosos* e *com idosos*, 24% e 18,2%, respectivamente.

A queda no número de filhos residentes explica 88,1% da redução do tamanho médio das famílias *sem idosos*, 84,2% das *com idosos* e 73,9% das famílias *de idosos*. Por outro lado, mesmo decrescente, o tamanho médio de uma família *de idoso* era, em 2000, de 3,3 pessoas. As famílias *com idosos* são maiores do que as *de idosos* e as *sem idosos*.

GRÁFICO 1
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FAMÍLIAS SEGUNDO A PRESENÇA DE IDOSOS —1980 E 2000

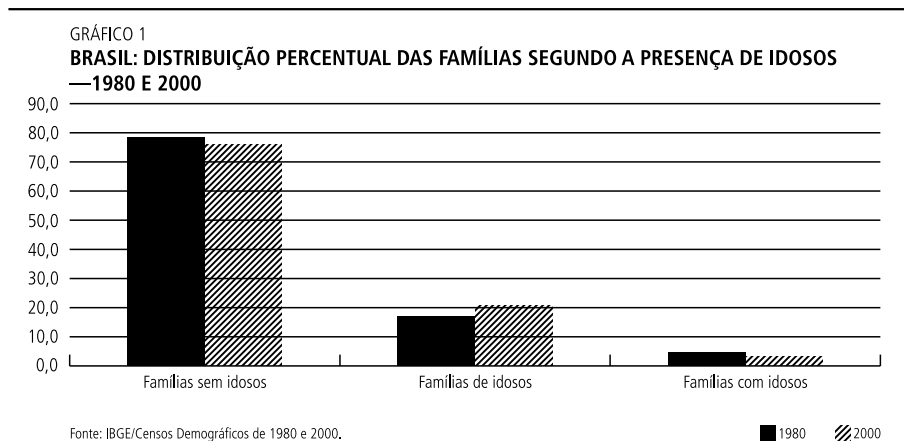
Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

10. Sobre o assunto, ver Camarano e El Ghaouri (1999 e 2003).

TABELA 1
BRASIL: TAMANHO MÉDIO E NÚMERO MÉDIO DE FILHOS NOS DOMICÍLIOS SEGUNDO A PRESENÇA DE IDOSOS — 1980 e 2000

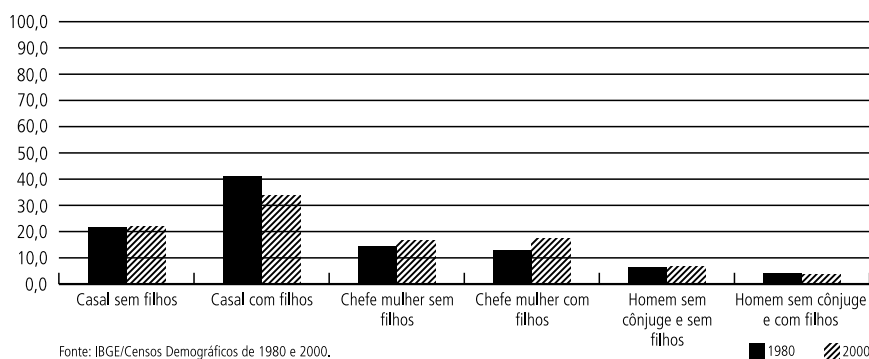
Tipo de domicílio	Tamanho médio		Número médio de filhos	
	1980	2000	1980	2000
Domicílios de idosos	3,70	3,25	1,37	1,03
Domicílios com idosos	5,84	4,94	2,39	1,63
Domicílios sem idosos	4,78	3,86	2,64	1,82

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

Além do tamanho, alterou-se também a composição das famílias *de idosos* e *com idosos*. Nos domicílios onde o idoso é chefe ou cônjuge, ressalta-se a queda da proporção de famílias formadas por casal com filhos e o crescimento nas de mãe com filhos e mulheres vivendo sozinhas, conforme mostra o Gráfico 2. Esses incrementos estão relacionados à esperança de vida diferencial entre homens e mulheres e às menores chances de recasamento por parte das mulheres. Com a viuvez e as separações, as mulheres idosas passam a assumir os papéis de responsáveis pelas suas famílias. Esse comportamento reflete tanto as alterações decorrentes do envelhecimento populacional como as mudanças nos arranjos familiares da população como um todo, o que já foi visto em outros estudos [Camarano e El Ghaouri (2003) e Camarano (2003)].

As famílias *com* idosos são compostas, majoritariamente, por casais com filhos, embora essa proporção também tenha decrescido no período. Em 1980, constituíam 64,1% e, em 2000, passaram a ser responsáveis por 53,2%. O incremento mais importante ocorreu nas proporções de famílias chefiadas por mulheres

GRÁFICO 2
BRASIL: COMPOSIÇÃO DOS DOMICÍLIOS *DE* IDOSOS — 1980 E 2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

não-idosas sem filhos, nas quais o idoso vive como seu parente, agregado ou empregado doméstico. Embora baixa, essa proporção quase dobrou entre 1980 e 2000, passando de 5,9% das famílias *com idosos* para 10,6%. Ressalta-se também o aumento na proporção de famílias constituídas de mães com filhos e parentes idosos (ver Gráfico 3).

Como esperado, o número de filhos residentes é maior nas famílias *com idosos* (ver Tabela 2). Comparando a composição das famílias *de idosos* e das *com idosos*, observa-se uma redução do número de filhos menores de 21 anos entre 1980 e 2000. Isso acontece nos dois tipos de famílias e pode ser explicado pelo envelhecimento dos moradores do domicílio e, no último tipo de família, pela queda da fecundidade. O número médio de filhos maiores de 21 anos apresentou ligeiro aumento nessas duas famílias e, conseqüentemente, aumentou a sua proporção no total de membros residentes. Nas *de idosos*, em 1980, 19,2% dos membros eram filhos adultos. Essa proporção passou para 22,4% em 2000. Nas *com idosos*, a variação foi de 4,2% para 6,2%.

Em 2000, nas famílias *de idosos*, os netos representavam cerca de 14% dos seus membros e nas *com idosos*, 2,2%. Em média, cerca de 12% dos membros das famílias com idosos residindo, independentemente de sua condição no domicílio, são netos. A maior parte deles tem entre 0 e 14 anos. Nas famílias *de idosos* 72,5% têm menos de 15 anos (crianças), 24,2% são jovens entre 15 a 24 anos e 3,4% têm mais de 25 anos. Nas famílias *com idosos*, a proporção de netos com idade entre 0 e 14 anos é consideravelmente maior (94,6%), o que é esperado, uma vez que os seus chefes ou cônjuges não são idosos.

A comparação da presença de netos nas famílias com a presença de idosos ao longo das últimas décadas é prejudicada pela ausência desse quesito no Censo de

GRÁFICO 3
BRASIL: COMPOSIÇÃO DOS DOMICÍLIOS *COM* IDOSOS — 1980 E 2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

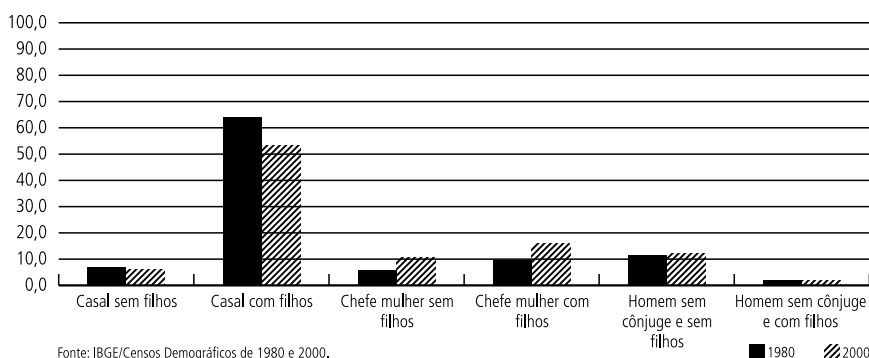



TABELA 2
BRASIL: NÚMERO MÉDIO DE MEMBROS SEGUNDO A RELAÇÃO COM O CHEFE DOS DOMICÍLIOS *DE* E *COM* IDOSOS — 1980 E 2000

Relação com o chefe de domicílio	1980		2000	
	De idosos	Com idosos	De idosos	Com idosos
Chefe	1,00	1,00	1,00	1,00
Cônjuge	0,62	0,71	0,56	0,59
Filhos	1,37	2,39	1,03	1,64
Filho < 21 anos	0,66	2,13	0,30	1,33
Filho ≥ 21 anos	0,71	0,25	0,73	0,30
Outro parente[a]	0,62	1,57	0,62	1,57
Menor de 14 anos	0,35	0,17	0,34	0,19
Entre 15 e 60 anos	0,22	0,36	0,24	0,34
Maiores de 60 anos	0,05	1,04	0,05	1,04
Agregado e pensionista	0,06	0,11	0,02	0,05
Empregado doméstico	0,03	0,06	0,01	0,02
Total	3,70	5,84	3,25	4,87

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.
[a] Em 1980 a categoria outro parente está na mesma categoria de genro, nora. Em 2000 essa categoria inclui: pai, mãe, sogro, neto, bisneto, irmão, irmã e outro parente (avô, bisavô, genro, cunhado, tio, sobrinho, primo, inclusive só do cônjuge).

1980. Uma aproximação já utilizada em outros trabalhos [ver Camarano e El Ghaouri (1999 e 2003) e Beltrão, Camarano e Mello (2004), dentre outros] é feita analisando a categoria "outros parentes", pois no Censo Demográfico de 1980 os netos estão contabilizados nessa categoria. Analisando as proporções de "outros parentes" por faixa etária, observa-se um aumento, em especial, na proporção de menores de 14 anos nas famílias *de idosos*. Esta passou de 9,3% em 1980 para 10,4% em 2000. Nas famílias *com idosos*, a variação na proporção comparável foi pequena; passou de 3,0% para 3,9%. Já nessas famílias, a proporção de "outros parentes" idosos é bem mais elevada e passou de 17,8% em 1980 para 21,4% em 2000.

Esses são alguns indicadores que sugerem a existência de co-residência de várias gerações como uma forma significativa de arranjo familiar em que se inserem os idosos brasileiros. Tal fato reforça a idéia de que experiências e valores, bem como suporte financeiro e emocional, estão sendo compartilhados entre várias gerações, destacando-se aí as relações entre netos e avós. Nesse sentido, as trocas

intergeracionais podem funcionar como importante elemento de valorização do idoso nas sociedades.

3.2 Algumas Características dos Arranjos Familiares

Com o objetivo de detalhar as condições de vida dos idosos brasileiros, foram comparados, na Tabela 3, alguns indicadores que caracterizam as famílias *de idosos* e *com idosos* em 1980 e 2000. A proporção de idosos residindo nessas famílias cresceu nos últimos 20 anos e é maior, como esperado, entre as famílias *de idosos*. No entanto, essa proporção não ultrapassa 45% do total de membros. Entre as famílias *com idosos*, essa proporção é de 22%. Tais percentuais confirmam que as estruturas domiciliares no Brasil são marcadas pela convivência de gerações, mesmo nas famílias *de idosos*, onde este é chefe ou cônjuge.

Os idosos que vivem nas famílias onde são chefes ou cônjuges são, em média, 3,6 anos mais jovens do que aqueles que não assumem essa condição. Essa diferença

TABELA 3
BRASIL: ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS FAMÍLIAS *COM* E *DE* IDOSOS — 1980 E 2000

Características	Famílias de idosos		Famílias com idosos	
	1980	2000	1980	2000
Idoso residindo nas famílias (%)	36,6	42,0	19,6	22,0
Idade média do idoso	68,0	68,1	71,6	71,6
Idade média do chefe	67,8	68,7	41,1	42,9
Chefes femininos (%)	27,5	37,3	15,8	30,4
Número médio de pessoas que trabalham	1,3	0,9	1,9	1,5
Número médio de idosos que trabalham	0,4	0,2	0,1	0,1
Número médio de filhos que trabalham	0,7	0,5	0,5	0,3
Idosos que recebem benefícios (%)	54,8	77,3	63,0	83,1
Rendimento médio do idoso[a]	529,8	600,6	205,1	295,9
Rendimento médio familiar *per capita*	316,4	374,2	325,4	350,2
Famílias que recebem até 1/2 SM (%)	41,0	14,5	35,0	18,0
Renda familiar que depende do benefício (%)	25,8	42,9	13,4	24,4
Renda familiar que depende do Idoso (%)	61,4	67,2	12,4	19,7

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

[a] Para comparar o rendimento entre 1980 e 2000 foram utilizados os deflatores calculados por Corseuil e Foguel com base em janeiro de 2002.

se manteve nos dois anos considerados (ver Tabela 3). Isso sugere uma associação entre idade e vulnerabilidade. Essa idade média não se alterou no período estudado. Observou-se, também, um crescimento no percentual de mulheres idosas exercendo a chefia das famílias. Nas famílias *de idosos*, esse percentual passou de 27,5% em 1980 para 37,3% em 2000. Apesar de a percentagem de mulheres chefes de família ser mais elevada nas famílias *de idosos*, o aumento relativo na referida proporção foi muito mais intenso entre as famílias *com idosos*. Isso reflete o aumento generalizado das famílias chefiadas por mulheres em curso no Brasil e sugere uma "preferência" maior dos idosos em morar com suas filhas, como apontado na literatura.

A Tabela 3 também mostra que, entre os 20 anos estudados, observou-se uma queda no número médio de pessoas que trabalham nos dois tipos de domicílios. Isso se deve tanto à redução no número médio de idosos que trabalham quanto no número de filhos. Os idosos que vivem nas famílias *de idosos* participam mais no mercado de trabalho do que os que vivem nas famílias *com idosos*, o que pode estar relacionado ao fato de serem também mais jovens do que os demais.

Por outro lado, aumentou a proporção de beneficiários da seguridade social nos dois tipos de arranjos familiares; o aumento foi mais intenso nas famílias *de idosos*. No entanto, a proporção é mais elevada entre os idosos residindo nas famílias *com idosos*, o que está provavelmente associado à sua idade mais elevada.

Observou-se também no período ganhos nas condições econômicas, das pessoas residentes nos dois tipos de família. Esses ganhos foram medidos pelo aumento do rendimento médio *per capita* e pela redução no percentual de famílias que recebem até meio salário mínimo. Os ganhos foram muito mais acentuados para as famílias *de idosos* do que as *com idosos*. A Tabela 3 mostra que as famílias brasileiras *de idosos* estavam, em 1980 em piores condições econômicas que as *com idosos*. Essa situação se inverteu em 2000. Passaram a ser relativamente menos pobres[11] e a apresentar um rendimento médio domiciliar *per capita* ligeiramente mais elevado.

4 TROCAS FAMILIARES INTERGERACIONAIS

Esta seção busca inferir se a co-residência está significando apoio e trocas intergeracionais. Parte-se do princípio de que, em geral, os mecanismos de apoio familiar acontecem, na maioria das vezes, simultaneamente, nas duas direções: os pais ajudam os filhos e estes, os pais. No entanto, há situações em que os fluxos

11. Por pobres, está se definindo pessoas com um rendimento médio familiar *per capita* inferior a meio salário mínimo.

prevalecentes são em apenas uma direção. Isso aparece mais neste trabalho porque o seu foco de análise é a população idosa. Como já mencionado, assumiu-se que, nas famílias *de idosos*, predominam as transferências descendentes, das gerações mais velhas para as mais novas. Nas famílias *com idosos*, reconheceu-se que prevalece o inverso.

4.1 Mecanismos de Apoio Familiar Intergeracionais Descendentes

A primeira variável considerada para inferir a existência de apoios intergeracionais foi a renda. Nas famílias *de idosos*, a renda destes é muito importante no orçamento familiar, importância esta que cresceu no tempo. Em 2000, 6,2% da renda destas famílias dependia da renda dos idosos. Como já se observou, elas não são famílias compostas apenas por idosos.

Nas famílias *com idosos*, a participação da sua renda cresceu relativamente mais do que nas *de idosos* e a sua contribuição chegou a representar cerca de 20% da renda dessas famílias em 2000 (ver Tabela 3). Embora essa proporção seja bem menor do que nas primeiras famílias, ela não deixa de ser expressiva, principalmente se se levar em conta que os idosos nela residindo são, por hipótese, os "dependentes". Isso leva a se perguntar de que dependência se está falando.

Lloyd-Sherlock (2001) mostrou, com base em uma pesquisa de campo realizada em favelas de São Paulo, que os idosos aí residentes tendem a gastar a sua renda mais com outros membros da família do que com eles próprios. Colocam prioridades nas necessidades dos netos, muitas vezes em detrimento de suas necessidades, como remédios, por exemplo.

O aumento da contribuição da renda do idoso no orçamento domiciliar está associado ao crescimento da participação do benefício social na sua renda. Essa participação aumentou bastante na renda dos dois tipos de famílias, especialmente nas *com idosos*, embora seja maior nas outras famílias. A expressiva redução da pobreza ocorrida nos dois tipos de famílias deve estar associada, também, ao aumento da proporção de idosos beneficiários da seguridade social.

Por outro lado, a contribuição de outros membros das famílias na renda das *de idosos* é muito baixa. A participação da renda dos filhos decresceu de 27,9% para 22,4% e a dos cônjuges aumentou, mas não atingiu 11% em 2000 (ver Gráfico 4). A Tabela 4 mostra as características de ocupação, rendimento e freqüência à escola entre os filhos adultos, outros parentes e netos residentes nas famílias *de idosos* e de moradores entre 21 a 40 anos nas famílias *com idosos* com o propósito de comparação. Provavelmente, grande parte desse último segmento era composta por chefes de famílias e cônjuges.

GRÁFICO 4

BRASIL: CONTRIBUIÇÃO NA RENDA DA FAMÍLIA DOS MEMBROS POR TIPO DE FAMÍLIA — 1980 E 2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

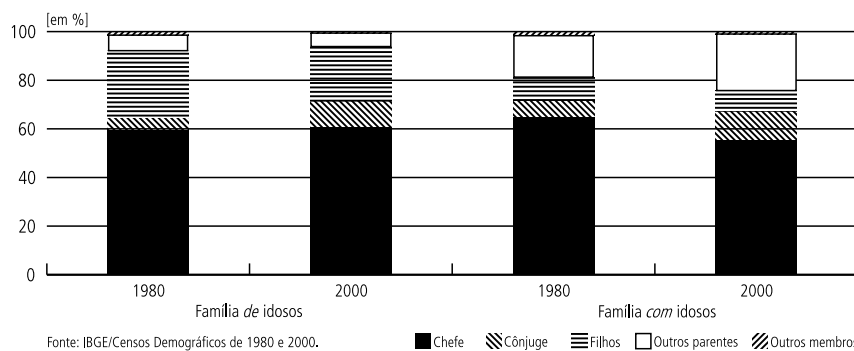



TABELA 4

BRASIL: ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ADULTA RESIDENTE EM DOMICÍLIOS *COM* E *DE* IDOSOS — 1980 E 2000

Características	Domicílios *de idosos*		Domicílios *com idosos*	
	1980	2000	1980	2000
% de filhos ≥ 21 anos sem rendimento	31,3	35,4		
% de moradores sem redimento entre 21 e 40 anos			32,9	31,9
% de filhos ≥ 21 anos ocupados	67,5	55,4		
% de moradores ocupados entre 21 e 40 anos			65,9	61,4
Renda média do filho (≥ 21 anos)[a]	328,98	355,7		
Rendimento médio dos moradores de 21 a 40 anos[a]			468,35	465,8
% de filhos ≥ 21 anos que estudam	10,2	12,5		
% de moradores entre 21 e 40 anos que estudam			7,1	11,4
% de filhos ≥ 21 anos que não estudam e não trabalham	28,1	38,5		
% de moradores entre 21 e 40 anos que não estudam e não trabalham			31,5	33,9
% de outro parente de 7 a 14 anos que estuda	64,5	94,1		
% de crianças de 7 a 14 anos que estudam			74,5	95,0
% de outro parente de 7 a 14 anos que trabalha	5,6	1,5		
% de crianças de 7 a 14 anos que trabalham			7,0	5,6
% de netos que estudam		94,4		
% de netos que trabalham		0,0		

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1980 e 2000.

[a] Para comparar o rendimento entre 1980 e 2000 foram utilizados os deflatores calculados por Corseuil e Foguel com base em janeiro de 2002.

Entre os filhos maiores de 21 anos que moram em famílias *de idosos*, 35,4% não apresentavam nenhum rendimento em 2000, proporção essa que fora de 31,3% em 1980. A proporção de filhos ocupados decresceu no período. Passou de 67,5% em 1980 para 55,4% em 2000 e a de filhos que estudam aumentou ligeiramente. A sua renda média é aproximadamente igual à renda média domiciliar *per capita*, mas cerca de 40% inferior à renda do idoso.

Os dados mostrados na Tabela 4 também apontam para uma proporção mais elevada de pessoas de 21 a 40 anos ocupadas nas famílias *com idosos* comparada à de filhos adultos, proporção que também decresceu no período. O rendimento desses adultos é mais elevado do que o correspondente de filhos residentes nas famílias *de idosos*. É, também, muito mais alto que a dos idosos residindo nesses domicílios, embora a diferença tenha diminuído no tempo. Em 1980, a proporção de adultos sem rendimento não variou entre os dois tipos de famílias. No entanto, no período considerado, enquanto nas famílias *de idosos* essa proporção cresceu, nas *com idosos* ela se manteve aproximadamente constante. Esses dados reforçam a hipótese anteriormente feita de que nas famílias *de idosos* ocorrem com mais freqüência apoios familiares descendentes e nas *com idosos*, apoios ascendentes, pelo menos no que se refere à renda.

Por outro lado, 12,5% dos filhos adultos residindo nas famílias *de idosos* freqüentavam a escola em 2000, proporção ligeiramente mais elevada do que a observada em 1980. Essa era, também, mais elevada do que a dos adultos residentes nas famílias com idosos, mas as diferenças entre as duas proporções diminuíram no tempo. Aproximadamente, 38,5% dos filhos adultos residindo em famílias *de idosos* nem estudavam e nem trabalhavam, proporção bem mais elevada do que a verificada em 1980, que fora de 28,1%. Em 1980, a referida proporção era mais elevada nas famílias *com idosos*. Em 2000, a situação se inverteu, mas a proporção continuou elevada. Cerca de 1/3 dos moradores de 21 a 40 anos encontrava-se nessa situação. É possível que essa última proporção esteja se referindo a cônjuges.

Observou-se um aumento expressivo na proporção de "outros parentes" de 7 a 14 anos[12] residindo em famílias *de idosos* que freqüentavam a escola. Em paralelo, observou-se uma redução na proporção de netos que trabalham. Movimento semelhante foi observado entre as crianças de 7 a 14 anos residentes nas famílias *com idosos*. A diferença é que, em 1980, mais crianças estudavam e trabalhavam nesses últimos domicílios, com relação ao observado nos famílias *de idosos*. Em 2000, as diferenças na proporção dos que estudavam praticamente se extinguiram e menos crianças trabalhavam nas famílias *de idosos*.

12. Assume-se que estes são netos.

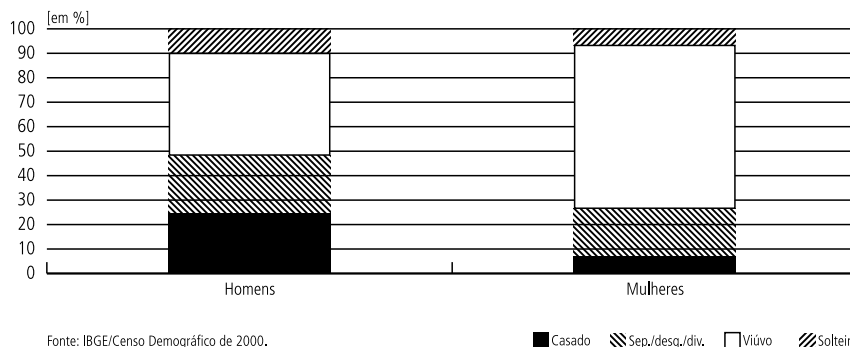
Assume-se que a renda do benefício pode reduzir a necessidade de as crianças trabalharem para ajudar na subsistência familiar.[13] A presença de idosos na família pode estimular investimentos em capital humano. Os resultados já citados confirmam os de Carvalho (2000). Ele analisou matrícula escolar nas áreas rurais brasileiras e verificou que a existência de benefícios previdenciários na família aumenta a chance de as crianças estarem na escola, principalmente garotas de 12 a 14 anos.

4. 2 Mecanismos de Apoio Intergeracionais Ascendentes para Idosos Deficientes

Embora em proporção decrescente, as famílias brasileiras *com idosos* constituíam em 2000, 3,2% das famílias brasileiras. Como foi visto no Capítulo 1, aí residiam, 16,1% dos idosos brasileiros na categoria de pais, sogros, tios dos chefes de família e outros parentes. Predominam os pais e sogros e os viúvos. Nessa categoria de estado conjugal, encontram-se 41,5% dos outros parentes masculinos e 66,6% dos femininos. Os separados e divorciados constituem 23,6% dos homens e 19,3% das mulheres residentes nos domicílios *com idosos*. Aproximadamente 12% desses idosos são casados (ver Gráfico 5).

Foi visto, também, no Capítulo 1 deste livro, que quanto mais avançada a idade dos idosos, maiores as chances de eles serem classificados como "parentes" do chefe do domicílio, ou seja, de viverem num domicílio *com idoso*. Essas chances são mais altas para as mulheres do que para os homens. Isso sugere que os homens, em geral, mesmo com perda de autonomia, permanecem como chefes da família, mas as mulheres, provavelmente quando sozinhas (viúvas, separadas ou solteiras), moram com filhos e/ou outros parentes.

GRÁFICO 5
BRASIL: COMPOSIÇÃO DOS IDOSOS CLASSIFICADOS COMO OUTROS PARENTES POR ESTADO CONJUGAL — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

13. O Brasil apresenta uma das mais altas taxas de crianças trabalhando [Carvalho (2000)].

Em outros trabalhos [ver Camarano e El Ghaouri (1999 e 2003)] sugeriu-se que a redução da proporção de parentes entre os idosos em geral, e entre os homens em particular, pode indicar melhores condições de saúde e capacidade funcional, sugerindo uma redução da dependência dos idosos sobre a família. No entanto, não se pode negligenciar a existência de um segmento vulnerável dependente de cuidados classificado como chefe de família. Os arranjos internos das famílias *de idosos* propiciam isso.

Reconhece-se que a falta de autonomia para lidar com as atividades do cotidiano e a falta de renda são os principais determinantes da "dependência" do idoso. Procura-se, nesta subseção, responder se o idoso que apresenta alguns sinais de maior dependência física ou econômica é o que reside nos domicílios *com idosos*.

Vários trabalhos têm mostrado uma associação entre a saúde das pessoas idosas e arranjos familiares [Auslander e Litwin (1990), Mor-Barak e Miller (1991) *apud* Romero (2002)]. Tem sido observado também que aqueles idosos que vivem com familiares (incluindo o esposo) estão melhores tanto em termos de renda familiar como de acesso à assistência para as atividades da vida cotidiana [Holden (1988) *apud* Romero (2002)].

A Tabela 5 apresenta algumas características dos domicílios que contêm idosos com alguma deficiência[14] que comprometa o seu cotidiano pelo tipo de arranjo familiar. Já foi visto que os idosos residindo em domicílios *com idosos* são mais velhos que os que moram em famílias *de idosos* e têm maiores chances de apresentar

TABELA 5
BRASIL: CARACTERÍSTICAS DAS FAMÍLIAS COM PESSOAS DEFICIENTES — 2000

	Famílias *de idosos*	Famílias *com idosos*
% de famílias	17,4	25,3
Tamanho médio das famílias	3,3	5,1
% de Idosos com deficiência	80,9	19,1
Proporção de homens deficientes	45,4	27,4
Contribuição da renda do deficiente na renda da família		
Homens	45,2	11,0
Mulheres	47,1	32,2

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

14. Por deficientes foram consideradas as pessoas que se declararam completamente incapazes ou com grande dificuldade permanente em enxergar, ouvir ou caminhar/subir escadas.

alguma deficiência. Como esperado, dentre as famílias *com idosos*, cerca de 1/4 contém pelo menos um idoso deficiente. A proporção comparável para as famílias *de idosos* foi de 17,4%. No entanto, por ser muito maior o número dessas famílias, elas abrigam 80,9% dos idosos deficientes.

Os dados da Tabela 5 apontam para a presença de idosos com algum tipo de vulnerabilidade nessas famílias *de idosos*, ou seja, são famílias com algum grau de heterogeneidade e os filhos aí presentes podem depender da renda dos pais e ao mesmo tempo, prestar alguma forma de suporte. No caso de os deficientes serem os chefes masculinos, devem ser as esposas as cuidadoras.

Uma das diferenças observadas é que enquanto nas famílias *de idosos* 45,4% dos deficientes são homens, nas *com idosos* essa proporção cai para 27,4%. Isso pode ser explicado pelo fato de os deficientes serem predominantemente chefes de domicílios. Entre os homens deficientes, essa proporção atinge 87,8%. Como já se mencionou, estes são, provavelmente, cuidados pelas suas esposas, as quais, podem não ter renda. Dentre as cônjuges brasileiras, 37,2% não têm rendimento. Isso leva a se perguntar quem é o dependente nessa família? (Ver Tabela 6).

A Tabela 6 também mostra que, entre as mulheres deficientes, 53,9% são chefes e 34,9%, cônjuges. Dentre os membros dessas famílias, 6,1% são mães ou sogras. Isso sugere que estas são mães de cônjuges não-idosos ou que idosos mais jovens cuidam de idosos mais velhos.

TABELA 6
BRASIL: IDOSOS DEFICIENTES SEGUNDO A RELAÇÃO COM O CHEFE E O TIPO DE FAMÍLIA — 2000

Relação com o chefe de família	Idosos deficientes em famílias *de idosos*		Idosos deficientes em famílias *com idosos*	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Chefe	87,8	53,9	-	-
Cônjuge	7,6	34,9	-	-
Pai, mãe, sogro	-	6,1	76,6	82,6
Irmão/irmã	-	-	4,5	2,1
Outro parente	-	-	13,8	12,7
Agregado	-	-	3,5	1,7
Total	95,4	94,9	98,4	99,1

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

O passo seguinte é analisar a composição das famílias que contêm deficientes, de acordo com os dois tipos de arranjos considerados. A Tabela 7 apresenta a composição dessas famílias. Das *famílias de idosos*, 51,1% tinham filhos residindo e aproximadamente metade delas era nuclear e a outra metade extensa. Cerca de 1/4 estava em famílias constituídas por casal sem filhos, neste caso predominando as nucleares — 8,2% são famílias extensas formadas por homens ou mulheres sem cônjuges residindo com outros parentes ou agregados. Pode-se inferir que nesses três conjuntos de famílias, que constituem aproximadamente 85% do total de famílias com deficientes, esses últimos podem contar com ajuda dos co-residentes, sejam filhos, cônjuges, "outro parente" ou agregado.

Cerca de 11% das famílias de deficientes são constituídas por mulheres que vivem sozinhas e 5% por homens sozinhos. Os dados disponíveis não permitem inferir como são cuidados esses deficientes, tampouco se a sua deficiência compromete a sua autonomia.

Como se mencionou anteriormente, aproximadamente 3/4 dos idosos deficientes que residem nas famílias *com idosos* são mulheres. Estas são, predominantemente, mães ou sogras (82,6%) e 12,7% são outros parentes. No caso dos homens, também predominam os pais e sogros, mas em proporção mais baixa. Por outro lado, a proporção de irmãos e outros parentes é mais elevada entre os homens deficientes (ver Tabela 6). A composição das famílias *com idosos* que contêm idosos deficientes é bastante diferente das *de idosos*. As primeiras são, em quase toda a sua

TABELA 7
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DOS ARRANJOS FAMILIARES COM ALGUM IDOSO DEFICIENTE SEGUNDO A TIPOLOGIA DA FAMÍLIA — 2000

Tipologia da família	Famílias *de idosos* com algum deficiente			Famílias *com idosos* com algum deficiente		
	Nucleares	Extensas	Total	Nucleares	Extensas	Total
Casal sem filhos	19,0	6,5	25,5	0,0	6,7	6,7
Casal com filhos	16,3	15,3	31,6	0,2	51,1	51,3
Mulher sozinha	10,7	6,8	17,5	0,0	11,9	11,9
Mãe com filhos	7,2	8,9	16,1	0,0	18,1	18,1
Homem sozinho	4,7	1,4	6,0	0,0	10,4	10,4
Pai com filhos	1,8	1,6	3,4	0,0	1,5	1,6
Total	59,6	40,4	100,0	0,3	99,7	100,0

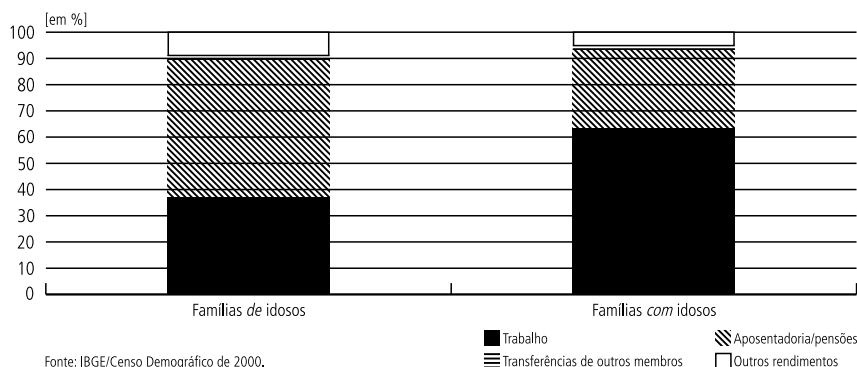
Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

totalidade, extensas, sendo aproximadamente a metade formada por casal com filhos e 12,0% por famílias chefiadas por homens sem cônjuges. Essa proporção é mais elevada do que a correspondente nas famílias *de idosos*.

Embora, provavelmente, necessitando de ajuda para o desempenho das suas atividades cotidianas, mesmo os idosos deficientes aportam uma contribuição importante na renda das suas famílias, especialmente nas *de idosos*, como esperado. Nestas, os homens contribuem com 45,2% e as mulheres com 47,1% da renda total. Nas famílias *com idosos* a contribuição é menor, mas, mesmo assim, a renda das mulheres idosas deficientes equivale a quase 1/3 do orçamento das famílias onde residem (ver Tabela 5). Estas devem ser, provavelmente, mulheres viúvas, que contam com a pensão por morte do marido. Apesar de morarem em casa de filhos, e de, provavelmente, necessitarem da sua ajuda no desempenho das atividades diárias, prestam uma contribuição importante na renda das famílias onde moram.

Na verdade, apenas 26,1% dos idosos brasileiros deficientes não têm renda. Destes, 2/3 são mulheres. Ressalta-se que, também nesse caso, conforme mostra o Gráfico 6, a importância do benefício da previdência social na renda das famílias estudadas. Mesmo nas famílias *com idosos*, onde se pode esperar uma proporção menor, ela atinge 30%. Como se viu, dentre as mulheres deficientes residindo em famílias *com idosos*, 82,6% são mães e sogras. A proporção dessas sem rendimento é muito baixa, 11,2%. Nesse sentido, pode-se falar que as famílias se organizam para maximizar o uso dos recursos (tempo para cuidado, renda) em função de atender às demandas de seus dependentes. Essa organização é mediada pela política de seguridade social e pela disponibilidade de tempo das idosas autônomas.

GRÁFICO 6
BRASIL: COMPOSIÇÃO DA RENDA DAS FAMÍLIAS QUE CONTÊM IDOSOS DEFICIENTES — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

4.3 Mecanismos de Apoio Intergeracionais Ascendentes para Idosos Sem Renda

Como já se mencionou, a falta de renda, quando da perda da capacidade laborativa, é um dos determinantes importantes da "dependência" do idoso. Procura-se, nesta subseção, avaliar como vive o idoso e responder se esse idoso é o que reside nos domicílios *com idosos*.

A Tabela 8 apresenta algumas características dos domicílios que contêm idosos sem nenhum rendimento. Cerca de 2 milhões de brasileiros, ou seja, 14,3% da população idosa, encontravam-se nessa situação em 2000, dos quais 80% eram mulheres. Essa proporção é bem mais baixa do que a observada em 1980, que fora de 24%, e a proporção de mulheres sem rendimentos nesse total fora ainda bem mais alta, 92%.

Entre as famílias *com idosos*, aproximadamente 12,7% contêm pelo menos um idoso sem rendimento. A proporção comparável para as famílias *de idosos* foi superior, 16,9%. Nessas famílias encontram-se 90% dos idosos sem rendimentos, o que é associado ao alto número de mulheres cônjuges nessas famílias.

Nas famílias *de idosos*, os idosos sem rendimento são, predominantemente, cônjuges. Entre as mulheres, essa proporção foi de 84,2%. Estas são, provavelmente, sustentadas pelos seus maridos. Entre os homens, 83,1% são chefes de famílias (ver Tabela 9). A Tabela 10 apresenta a composição dessas famílias de acordo com os dois tipos de arranjos considerados. Das famílias *de idosos*, 57,2% tinham filhos residindo sendo a maioria delas nucleares. Aproximadamente 1/3 estava em famílias constituídas por casal sem filhos, onde a grande maioria era nuclear.

Os idosos sem rendimentos que moram em domicílios com idosos são, no caso das mulheres, também, predominantemente mães ou sogras (80,9%) e 9,4% outros parentes. No caso dos homens, a proporção de pais e sogros é bem mais baixa, embora seja a mais elevada, 55,3%. Aí se destacam, também, os outros parentes e irmãos (ver Tabela 9). As famílias *com idosos* são, principalmente, extensas,

TABELA 8
BRASIL: CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS QUE CONTÊM IDOSOS SEM RENDIMENTO — 2000

	Famílias *de idosos*	Famílias *com idosos*
% de famílias	16,9	12,7
Tamanho médio das famílias	3,6	5,2
% de idosos sem rendimento	88,5	11,5

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

TABELA 9
BRASIL: PROPORÇÃO DE IDOSOS SEM RENDIMENTOS SEGUNDO A RELAÇÃO COM O CHEFE E O TIPO DE FAMÍLIA — 2000

Relação com o chefe de família	Famílias *de idosos*		Famílias *com idosos*	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Chefe	83,1	12,7	-	-
Cônjuge	9,2	84,2	-	-
Pai, mãe, sogro	-	-	55,3	80,9
Irmão/irmã	-	-	11,0	4,1
Outro parente	-	-	17,1	9,4
Agregado	-	-	6,3	1,8
Total	92,3	96,9	89,8	96,2

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

TABELA 10
BRASIL: TIPO DE FAMÍLIA SEGUNDO A SUA TIPOLOGIA — 2000

Tipologia da família	Famílias *de idosos*			Famílias *com idosos*		
	Nucleares	Extensas	Total	Nucleares	Extensas	Total
Casal sem filhos	29,7	6,8	36,5	0,0	5,1	5,1
Casal com filhos	28,6	20,8	49,4	2,6	46,4	48,9
Mulher sozinha	1,9	1,8	3,7	0,0	11,5	11,5
Mãe com filhos	3,0	3,6	6,5	0,6	15,8	16,4
Homem sozinho	1,8	0,7	2,6	0,0	15,4	15,4
Pai com filhos	0,7	0,6	1,2	0,1	2,5	2,6
Total	65,7	34,3	100,0	3,3	96,7	100,0

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

destacando-se o arranjo do tipo casal com filho como o mais importante. Cerca de 1/3 dessas famílias é chefiado por mulheres.

Uma pergunta que se levanta é de onde vem a renda dessas famílias. Para os dois tipos de arranjos considerados, o principal responsável pela renda da família é o chefe. Essa proporção é maior nas famílias *com idosos*. Destaca-se, no caso das famílias *de idosos*, a importância da renda do filho, que responde por 30% da renda dessas famílias. Já a renda do cônjuge não atinge 3% da renda das famílias

(ver Gráfico 7). O trabalho é a fonte de rendimento mais importante para essas famílias, mesmo nas famílias *de idosos* (ver Gráfico 8).

Sintetizando, os arranjos familiares são complexos e também heterogêneos, não se podendo caracterizar arranjos completamente autônomos nem do ponto de vista da renda nem das deficiências. Entre os idosos brasileiros, apenas 8,6% encontravam-se em situação de total dependência, sem autonomia e sem renda, sendo 2/3 desse segmento formados por mulheres. Dessas, 93,6% foram casadas em algum momento de seu ciclo de vida. A sua dependência em relação à falta de renda deve-se, principalmente, à sua baixa participação no mercado de trabalho na vida adulta. Para essas mulheres, ter tido filhos ou seja, a construção de laços afetivos ao longo da vida, são requisitos tão importantes para o apoio na última fase da vida como a contribuição para a seguridade social.

GRÁFICO 7
BRASIL: CONTRIBUIÇÃO DA RENDA DE CADA MEMBRO NA RENDA DOS DOMICÍLIOS — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

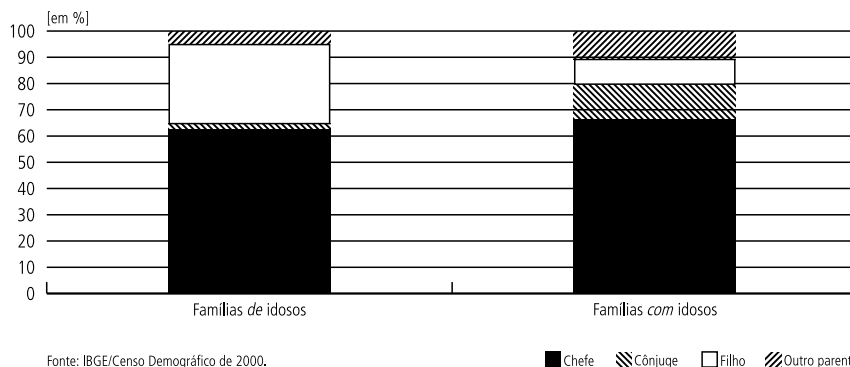
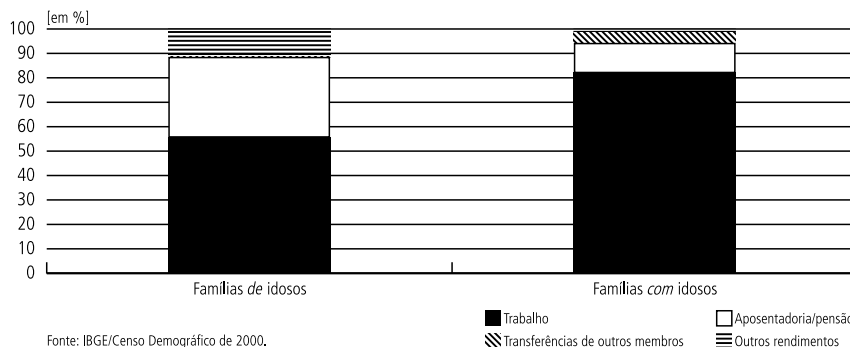



GRÁFICO 8
BRASIL: COMPOSIÇÃO DA RENDA DAS FAMÍLIAS QUE CONTÊM IDOSOS SEM RENDIMENTO — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

Conclui-se dizendo que arranjos e laços familiares podem ser considerados um tipo de "seguro" na velhice e significar diferenciais na sua qualidade de vida. No entanto, em um outro capítulo deste livro afirma-se que a solidariedade entre os membros da família é tida como dada, desconhecendo-se as contradições e os conflitos do cotidiano.

5 SUMÁRIO DOS RESULTADOS

As mudanças demográficas e sociais estão afetando as relações entre gerações em várias partes do mundo, mas o seu impacto não tem significado o enfraquecimento das relações familiares. As famílias têm se mostrado uma instituição "resistente". Pobreza, desemprego e outros choques demográficos, como a epidemia de HIV/Aids, associados a efeitos não esperados de políticas, têm contribuído para o "fortalecimento das famílias". A co-residência entre idosos e filhos tem sido uma prática generalizada nos seus arranjos domiciliares. Algumas vezes, os beneficiados são os idosos e, em outras, os filhos e netos e, muitas vezes, ambos.

No caso brasileiro, observou-se que, embora se esteja falando de famílias *de idosos*, observa-se que 1/3 de seus membros é constituído por filhos e cerca de 10% dos membros são netos. Observou-se que mais de 50% dos membros dessas famílias são de não-idosos. Embora os filhos moradores, em sua maioria, trabalhem, o peso da renda dos idosos no orçamento dessas famílias é expressivo, no qual se destaca a importância da renda do benefício social.

Nas famílias *com idosos*, pelo menos 25% dos seus membros são idosos. Não se encontrou uma relação tão direta entre os idosos que têm alguma dependência e a residência em casa de parentes. Nas famílias *de idosos* é grande o percentual de pessoas deficientes e sem renda. Os homens são chefes de família e deficientes e as mulheres, cônjuges sem renda. Isso leva a se perguntar: quem é o dependente nessa família?

Nesse caso, sugere-se que "dependentes" podem ser, também, "cuidadores", dependendo da forma como os arranjos familiares se organizam. Isso significa pensar numa associação entre arranjos familiares e condições de vida, em que a política previdenciária tem desempenhado um papel importante.

Admitindo a importância do suporte familiar para os idosos, num contexto de enxugamento do Estado, uma das preocupações que surge é com o menor número de membros na família, devido à queda da fecundidade, e a entrada da mulher no mercado de trabalho. Isso pode implicar alterações na função tradicional da família de suporte e apoio aos idosos, seja pelo menor número de membros na

família para cuidar das pessoas idosas, seja pelo menor tempo da mulher, tradicional cuidadora dos dependentes. O trabalho feminino crescente favorece a ajuda material ao idoso e desfavorece as demais ajudas. Na medida em que uma pessoa se aposente em boas condições de saúde, essa preocupação pode ser minimizada. Por outro lado, as tendências crescentes de divórcio e separações em quase todo o mundo podem enfraquecer os laços familiares e reduzir o apoio aos idosos dependentes.

Sintetizando, a co-residência no Brasil parece estar associada a melhores condições de vida. Ela oferece benefícios para idosos e filhos. Não se pode negar, no entanto, que a relação entre co-residência e níveis de bem-estar depende do contexto socioeconômico, das políticas sociais e não apenas das características individuais e preferências.

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, F., De VOS, S. *An analysis of living arrangements among elderly women in Brazil*. Trabalho apresentado no XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Ouro Preto-MG, novembro de 2002.

ARRIAGADA, I. *Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo*. Naciones Unidas. Santiago do Chile, Cepal, 1997 (Série Políticas Sociales, 21).

BALTAR, P. E. de A. Crise contemporânea e mercado de trabalho no Brasil. *Economia e Trabalho — textos básicos*. Unicamp, Instituto de Economia, São Paulo, 1998.

BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., MELLO, J. L. *Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da seguridade rural*. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População, Caxambu MG, 18-20 de setembro de 2004.

BERTRAND, M., MILLER, D., MULLAINATHAN, S. *Public policy and extended families: evidence from South Africa*. National Bureau of Economic Research, 2000 (Working Paper, 7594).

BEZRUKOV, V. V., FOIGT, N. *The impact of transition on older people in Ukraine: the look into a future with hope*. United Nations Research Institute for Social Development, 2002.

BONGAARTS, J., ZIMMER, Z. Living arrangements of older adults in the developing world: an analysis of DHS household surveys, *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42/43, 2001.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Revista Estudos Avançados*, v. 17 n. 49, 2003.

—————. *Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 878).

—————. *O idoso brasileiro no mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001 (Texto para Discussão, 830).

CAMARANO, A. A., EL GHAOURI, S. K. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*.Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

——————. *Família com idosos: ninhos vazios*? Rio de Janeiro: IPEA, abr. 2003 (Texto para Discussão, 950).

CAMARANO, A. A., MELLO, J. L., PASINATO, M. T., KANSO, S. *Caminhos para a vida adulta: as múltiplas trajetórias dos jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004 (Texto de Discussão, 1038).

CARNEIRO, I. G., KNUDSEN, L. B., OSÓRIO, R. G. 'Late-Stayers': who are they? — The home leaving process in Brazil and Denmark. *Research Report*, 24. Danish Center for Demographic Research, 2002.

CONCEIÇÃO, C. G., ZAVALA, V. M. de O. *Envejecimiento en México. Cuidado informal, género y reciprocidad*. United Nations Research Institute for Social Development, 2002.

CORSEUIL, C. H., FOGUEL, M. N. *Uma sugestão de deflatores para rendas obtidas a partir de algumas pesquisas domiciliares do IBGE*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 897).

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.

De GRAFT, A. R. *Impact of AIDS on older people in Africa: Zimbabwe case study*. Ageing and Life Course, World Health Organization (WHO), 2002.

De VAUS, D., QU, L. Intergenerational transfers across the life course in Australia. *Bulletin on Ageing*, 2-3, 1997.

De VOS, S. Extended family living among older people in six Latin American Countries. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v.45, n.3, p. 587-94.

——————. *Kinship ties and solitary living among unmarried elderly women: evidence from Chile and Mexico*. Center for Demography and Ecology — CDE University of Wisconsin-Madison, 1998 (Working Paper, 98-20).

De VOS, S., HOLDEN, K. Measures comparing the living arrangements of the elderly. *Population and Development Review*, v. 14, n. 4, p. 688-704, 1998.

FERREIRA, M. *Aging in Africa: continuities and discontinuities in growing old in the continent*. Cape Town, mimeo, s.d.

GALLAND, O. Adolescence, post-adolescence, youth: revised interpretations. *Revue Française de Sociologie*, 44, 2003 (English Selection).

GIBSON, M. J., GREGORY, S. R., PANDYA, S. M. *Long-term care in develop nations: a brief overview*. Washington D.C. 2003 (AARP Working Paper, 13).

GIERVELD, J. de J., DE VALK H. BLOMMESTEIJN, M. Living arrangements of older persons and family support in more developed countries. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.

GIERVELD, J. de J., DYKSTRA, P. *What impact does longer life have on family, and informal care giving by children in particular*? Mimeo, 2003.

GRUNDY E. Living arrangements and the health of older persons in developed countries. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.

GRUNDY, E., TOMASSINI, C. *The family support of older people in europe: contrasts and implications*. Documento de Referencia apresentado na Reunión e Expertos em Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: El Rol del Estado, la Família y la Comunidade, Santiago do Chile, dezembro, 2002.

GUZMAN, J. M., HUECHUAN, S., MONTES de OCA, V. *Redes de apoyo social a las personas mayores: marco conceptual*. Documento de Referencia apresentado na Reunión e Expertos em Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: El Rol del Estado, la Família y la Comunidade, Santiago do Chile, dez. 2002.

IACOVOU, M. *The living arrangements of Elderly Europeans*. EPAG, 2002*a* (Working Paper, 8).

—————. *Health, wealth and progeny: explaining older europeans' living arrangements*. EPAG, 2000*b* (Working Paper, 9)

KNODEL, J. SAENGTIENCHAI, C. *AIDS and older persons: the view from Thailand*. United Nations Research Institute for Social Development, 2002.

LLOYD-SHERLOCK, P. Living arrangements of older persons and poverty. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.

MASON, K. O. Family change and support of the elderly in Asia: what do we know? *Asia-Pacific Population Journal*, v. 7 n. 3.

MEDEIROS, M., OSÓRIO, R. *Mudanças nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998*. Brasília: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 886).

MORGAN, S. P., HIROSIMA, K. The persistence of extended family residence in Japan. *American Sociological Review*, 48, 1983.

NTOZI, J., NAKAYIWA, S. *AIDS in Uganda: how has the household coped with the epidemic*? Australia National University, Health Transition Centre, 1999.

OFSTENDAL, M. B., KNODEL, K., CHAYOVAN, N. *Intergenerational support and gender: a comparison of four asian countries.* Report, 99-54, Population Studies Center, University of Michigan, 1999.

OGAWA, T. *Is ageing an issue of social contract in welfare transfer, or generational conflicts? The case of Japan*. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, UNRISD, 2002.

PAIS, J. M. Routes to adulthood in a changing society: the Portuguese experience. *Journal of Education Policy*, v. 8, n. 1, p. 9-15, 1993.

PALLONI, A. Living arrangements of older persons. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.

PARAHYBA, M. I., MELZER, D. *Profile of disability in older people in Brazil: results of the PNAD survey*. Trabalho apresentado no XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Ouro Preto-MG, em nov. 2002.

PENG, D., PHILLIPS, D. *Potential consequences of population ageing for social development in China*. United Nations Research Institute for Social Development, 2002.

PIMENTA, M. *Trajetórias Juvenis*. Texto apresentado para exame de qualificação, São Paulo, 2004 (mimeo).

RAHMAN, M. Living arrangements and the health of older persons in developing countries: evidence from rural Bangladesh. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.

RAMASHALA, M. F. Living arrangements, poverty and the health of older persons in Africa. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.

ROMERO, D. E. *Variações de gênero na relação entre arranjo familiar e status de saúde dos idosos brasileiros*. Trabalho apresentado no XIII Encontro Nacional de Estudos da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Ouro Preto-MG, novembro de 2002.

RUGGLES, S. Living arrangements and well-being of older persons in the past. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

——————.Impact of pension reform on the living arrangements of older persons in Latin America. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.

SOKOLOWSKY, J. Living arrangements of older persons and family support in less developed countries. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.

UNAIDS. *Children orphaned by AIDS: front-line responses from Eastern and Southern Africa.* Geneva, UNAIDS, 1999.

YI, Z., GEORGE, L. Extremely rapid ageing and the living arrangements of older persons: the case of China. *Population Bulletin of the United Nations — Special Issue*, 42-43, 2001.

ZIMMER, Z., KWONG, J. Family size and support of older adults in urban and rural China: current effects and future implications. *Demography*, v. 40, n. 1, Feb. 2003.

ZUNZUNEGUI, M. V. *et alii*. Condiciones y estilos de vida. In: ENGLER, T. P. B., PÉLAEZ, B. (orgs.). *Más vale por viejo: lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. BID, 2002.

CAPÍTULO 6

TRANSFERÊNCIA DE APOIO INTERGERACIONAL NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA*

Paulo Murad Saad
Da Divisão de População da Organização das Nações Unidas (ONU)

1 INTRODUÇÃO

As relações de troca e ajuda mútua entre pais e filhos são o principal fator que tem assegurado, ao longo da história, a sobrevivência nas idades mais avançadas. Nesse último século, no entanto, as funções familiares nos países mais desenvolvidos foram sendo gradativamente substituídas pelo setor público, reduzindo o papel central da família como suporte básico aos idosos. Esse não é o caso, porém, da maioria dos países menos desenvolvidos onde, devido às deficiências do setor público, particularmente nas áreas de Saúde Pública e Seguridade Social, a família (em especial os filhos adultos) continua representando fonte primordial de assistência para parcela significativa da população idosa.

Na medida em que, paralelamente à intensificação do processo de envelhecimento populacional, consolida-se no Brasil uma conjuntura restritiva à transferência de ajuda de filhos adultos a pais idosos, a situação de dependência do idoso em relação à família começa a tornar-se motivo de especial preocupação. É o caso, por exemplo, da sensível redução no tempo disponível da mulher — a quem tradicionalmente tem sido delegada a tarefa dos cuidados básicos dos idosos conforme aumenta a sua participação no mercado de trabalho. Além disso, não é difícil imaginar o quanto a situação de carência que se abate sobre parcela importante da sociedade latino-americana desestimula a oferta de ajuda — principalmente financeira — a parentes idosos.

Com relação a esse último ponto, aliás, é importante observar que a transferência de apoio intergeracional no contexto latino-americano parece estar assumindo

* As opiniões emitidas neste artigo são de inteira responsabilidade do autor e não necessariamente refletem as opiniões da Organização das Nações Unidas.

a forma, cada vez mais nítida, de uma via de duas mãos. Não raramente, as conseqüências perniciosas dos períodos cíclicos de crise econômica — concentração de renda, aumento do desemprego e expansão da pobreza — têm levado um número crescente de filhos adultos a se tornar, de algum modo, dependente dos recursos de seus pais idosos. Nesses casos, a casa própria do idoso ou mesmo seus diminutos rendimentos de pensão ou aposentadoria estariam se transformando em valiosos, se não únicos, proventos familiares.[1]

Portanto, a despeito da permanência de uma situação de dependência do idoso em relação à família — gerando intensos fluxos de apoio ascendentes (de filhos adultos para pais idosos) —, não deve ser descartada a prevalência de um fluxo igualmente importante no sentido descendente; ou seja, de pais idosos para filhos adultos.

O objetivo geral deste trabalho foi dimensionar a freqüência com que ocorrem as transferências de apoio intergeracionais[2] em algumas regiões específicas do Brasil e da América Latina, tratando de identificar seus principais fatores determinantes. Em uma primeira parte do trabalho, a análise restringiu-se às cidades de São Paulo e Fortaleza, por serem estas as únicas localidades no Brasil a contar com informações de natureza apropriada para o tipo de análise proposto.[3] O fato de essas cidades pertencerem a regiões — Sudeste e Nordeste, respectivamente — com níveis de desenvolvimento extremamente diferenciados entre si permitiu que se investigasse a prevalência de padrões diferenciados do fenômeno em contextos socioeconômicos e demográficos distintos.[4] O pressuposto, nesse caso, é que se,

1. Diversos resultados apresentados ao longo deste livro contribuem para ratificar essa tendência no Brasil. Mostrou-se, por exemplo, ser muito maior entre os idosos do que entre os jovens adultos a proporção de chefes de família morando em casa própria. Apontou-se, igualmente, para o substancial incremento da participação da renda previdenciária na renda familiar rural — decorrente da introdução do regime especial da Previdência Rural em 1992 —, conferindo ao aposentado idoso um papel mais relevante no espaço social rural brasileiro. De maneira geral, identificou-se uma participação surpreendente da renda do idoso na renda familiar, a qual variou, conforme o grupo etário do idoso, de 38% a 44% da renda total das famílias com idosos. Com relação a esse último tópico, ver também o trabalho de Souza (1998), Camarano e El Ghaouri (1999) e Beltrão, Oliveira e Pinheiro (2000).

2. Na medida em que o objeto de análise nesta parte do estudo está centrada nas transferências de ajuda entre pais idosos e filhos adultos (18 anos e mais), optou-se por adotar o corte etário de 65 anos para a definição do indivíduo idoso — em vez dos 60 anos — visando garantir um número significativo de idosos, na amostra, necessitados de algum tipo de ajuda, bem como de filhos adultos em condições de prover tal ajuda.

3. Dados dessa natureza não se encontram disponíveis em fontes secundárias de acesso público, como são os censos demográficos ou as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD). Dependem, ao contrário, da aplicação de questionários especiais, como nos casos das pesquisas realizadas em São Paulo e Fortaleza. Para mais detalhes a respeito dessas pesquisas, ver Seção 3 deste trabalho.

4. Consideradas em conjunto, as regiões Sudeste e Nordeste concentram aproximadamente 3/4 da população brasileira acima de 65 anos de idade, e são as que apresentam as maiores concentrações desse grupo etário no total da população — 5,8% no Nordeste e 6,4% no Sudeste [IBGE (2000)]. Enquanto no Sudeste, porém, o envelhecimento populacional tem como causa primordial a redução contínua das taxas de mortalidade e fecundidade, no Nordeste o fenômeno tem sido decorrência tanto das altas taxas de imigração de sua população jovem [Saad e Camargo (1990)], como da acelerada queda da fecundidade observada na região nos últimos 20 anos. Em termos de desenvolvimento, por outro lado, a região Sudeste se apresenta como a mais industrializada do país, ostentando os mais elevados níveis de produtividade agrícola e os melhores índices socioeconômicos, em contrapartida à região Nordeste, que apresenta os piores índices econômicos e sociais do país [PNUD, IPEA, FJP e IBGE (1998)].

por um lado, as diferenças regionais no comportamento das variáveis demográficas tendem a estabelecer ritmos diferenciados de envelhecimento populacional, por outro, as implicações desse fenômeno costumam estar determinadas pelo contexto socioeconômico em que ele se desenvolve.

Em uma segunda parte do trabalho, a análise centrou-se em quatro cidades latino-americanas — São Paulo, Buenos Aires, Montevidéu e Cidade do México —, tendo por base os dados da pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Sabe), recentemente realizada em diversos centros urbanos da America Latina e Caribe. Assim como na primeira parte do trabalho, o fato de essas cidades pertencerem a países que se encontram em diferentes etapas da transição demográfica[5] possibilitou investigar a influência de padrões demográficos diferenciados no intercâmbio de apoio intergeracional.

Duas seções se seguem a esta introdução, antes da apresentação dos resultados. A primeira oferece uma visão geral tanto das posturas teóricas mais comumente utilizadas a respeito das motivações que levam às transferências de apoio intergeracionais, quanto dos principais resultados empíricos encontrados na literatura sobre o assunto. A segunda apresenta uma descrição das fontes de dados e da metodologia aplicada na análise, incluindo-se uma descrição das variáveis envolvidas e dos métodos estatísticos utilizados.

2 ASPECTOS GERAIS

2.1 Motivações para as Transferências de Apoio Intergeracionais

Diversas hipóteses têm sido elaboradas com relação às motivações que levam ao intercâmbio de apoio informal entre gerações dentro da família. Lillard e Willis (1997), em estudo recente, apresentam uma compilação dessas hipóteses, fixando-se naquelas citadas com maior freqüência na literatura especializada sobre a questão. Uma das hipóteses, que os autores denominam "seguro de velhice", ressalta as dificuldades em se encontrar uma alternativa confiável de poupança para a velhice nos países menos desenvolvidos. Em um contexto em que "as instituições financeiras são primitivas, os direitos de propriedade nem sempre respeitados, a moeda sujeita a constante inflação e os esquemas governamentais de seguro social, pensões privadas e seguro-saúde praticamente inexistentes" (p. 115, tradução livre do autor), a teoria afirma que os filhos representam a única chance de pessoas comuns terem

5. Transicão demográfica se refere ao processo de mudança de uma situação de altas taxas de mortalidade e fecundidade para uma situação em que tais taxas são significativamente mais reduzidas. Tal fenômeno tem como uma de suas principais conseqüências o envelhecimento da estrutura etária da população. Comparado ao processo no Brasil e México, a transição demográfica na Argentina e Uruguai iniciou-se mais cedo e se encontra em um estágio mais avançado.

algum tipo de seguro nas idades mais avançadas, ainda que representem investimentos de risco, uma vez que podem morrer prematuramente, não evoluir em termos financeiros, ou mesmo não serem leais para com seus pais. Essa hipótese sugere que os níveis de fecundidade devem cair concomitante ao desenvolvimento econômico, à medida que os idosos passem de forma crescente a contar com métodos de transferências fundamentados no mercado ou no setor público, diminuindo, portanto, o benefício agregado de cada filho.

Uma hipótese alternativa, denominada pelos autores "compensação parental", enfatiza a idéia de empréstimo em lugar das dificuldades de poupança. Ao considerar a escassez de mecanismos de empréstimos disponíveis no mercado com base em garantias de renda futura, a teoria postula que "existe um mercado implícito de capital familiar, no qual os pais financiam investimentos de capital humano em seus filhos, através de uma combinação de doações e empréstimos, e estes, em compensação, retribuem oferecendo ajuda a seus pais quando estes atingem idades mais elevadas" [Lillard e Willis (1997, p. 116, tradução livre do autor)].

Uma outra hipótese mencionada com freqüência é a chamada "hipótese do altruísmo" proposta por Becker (1974 e 1991). Segundo esse autor, o sentimento altruístico entre os membros da família explicaria muitos aspectos do comportamento familiar. Um desses aspectos seria, por exemplo, a alocação eficiente dos recursos familiares a cargo de um "chefe de domicílio" altruísta, capaz de prover os membros da família com "os benefícios de um consumo equilibrado ao longo do ciclo de vida e diante de períodos de incertezas que, caso contrário, exigiriam tomadas de empréstimo ou compras de seguro no mercado" [Lillard e Willis (1997, p. 117, tradução livre do autor)]. Dentro desse contexto, supõe-se que, quanto mais altruísta o chefe de domicílio, maiores os investimentos na educação dos filhos por meio de doações, isto é, sem a exigência de compensações futuras. Como bem observado por Lillard e Willis (1997), no entanto, torna-se muito difícil distinguir empiricamente o que seja uma transferência movida por sentimentos altruístas e uma outra que reflita, mais adequadamente, um contrato eficiente estabelecido implicitamente entre membros da família.

Uma grande parte dos trabalhos mais recentes acerca das transferências de apoio familiar utiliza a teoria do "intercâmbio social" como marco conceitual. Mais do que determinados por motivos de consumo equilibrado, esses modelos alternativos de transferência intrafamiliar têm por base as questões de troca. Em outras palavras, esses estudos ressaltam, em geral, a reciprocidade nas relações de ajuda envolvendo os idosos e seus familiares [Lee (1985) e Antonucci (1990)]. Segundo essa teoria, seria do interesse dos indivíduos, ao longo de sua existência,

assumir tanto o papel de provedor quanto o de receptor de apoio, como parte de seu processo de interação social.

Os elementos presentes na teoria do intercâmbio social parecem ser os que melhor se adaptam ao caso das transferências de apoio objeto deste estudo. Isso porque no Brasil, assim como na América Latina em geral, o intercâmbio de ajuda entre pais e filhos tende a se estender ao longo de todo o ciclo de vida familiar, como se existisse uma espécie de contrato intergeracional estipulando o papel dos diferentes membros da família em cada estágio do ciclo. Normas tradicionais, tanto internalizadas culturalmente quanto impostas por intermédio de pressões sociais, parecem reforçar essa situação, atuando como força motivadora do intenso fluxo de apoio entre as diferentes gerações.

2.2 Antecedentes Empíricos

Embora sejam poucos os estudos sobre intercâmbio de apoio familiar no Brasil e na América Latina [ver Saad (1998 e 2003)], o conhecimento empírico acumulado a esse respeito, principalmente em outras regiões, é bastante expressivo. Sabe-se, por exemplo, que a intensidade e a direção do fluxo de apoio entre pais idosos e filhos adultos estão fortemente associadas ao estado conjugal de ambas as partes. Os idosos viúvos, em geral, são os que tendem a receber mais assistência de seus filhos adultos, enquanto os casados são os que tendem a dar mais assistência [Crimmins e Ingegneri (1990) e Rossi e Rossi (1990)]. Filhos casados, por outro lado, são menos propensos do que os não-casados a se envolver em alguma forma de intercâmbio de apoio com seus pais idosos, enquanto as filhas separadas, divorciadas ou desquitadas representam a categoria mais provável de receber ajuda de pais idosos [Hoyert (1991)].

Além do estado conjugal, outras características familiares aparecem freqüentemente associadas com diferentes padrões de suporte. Espera-se, por exemplo, que um maior número de filhos vivos aumente substancialmente as chances do idoso receber algum tipo de apoio familiar [Hoyert (1991)]. Por outro lado, mais do que em qualquer outro estágio de seu ciclo de vida, as chances de filhos adultos receberem ajuda de seus pais idosos aumenta durante o período em que eles próprios são pais de crianças pequenas [Eggebeen e Hogan (1990)]. Da mesma forma, a importância do gênero, tanto de pais quanto de filhos, na definição dos fluxos de suporte, transparece em diversos estudos. Em geral, o apoio oferecido pelas filhas a seus pais idosos é mais intenso e diversificado do que o apoio oferecido pelos filhos [Spitze e Logan (1990) e Coward e Dwyer (1990)]. Desde a perspectiva dos idosos, por outro lado, as mulheres aparecem muito mais freqüentemente do que os homens engajadas em fluxos de apoio [Rossi (1986)], o

que costuma ser atribuído não só às suas maiores necessidades financeiras, mas também ao fato de serem elas mais apegadas emocionalmente aos filhos [Shi (1993)].

Outros resultados comuns na literatura sobre transferências de apoio familiar se referem à importância dos recursos físicos e financeiros, e da distância geográfica separando gerações, no que diz respeito ao balanço nas trocas de apoio entre pais idosos e filhos adultos. Diversos estudos mostram que quanto menor a renda e piores as condições de saúde dos idosos, maiores as suas chances de receber ajuda informal e, logicamente, menor a sua habilidade em prover algum tipo de apoio [Dowd (1980), Worobey e Angel (1990) e Speare, Avery e Lawton (1991)]. Por outro lado, a distância geográfica aparece, em outros estudos, como fator determinante não só do tipo de interação das diferentes gerações dentro da família, mas também da freqüência com que elas ocorrem [Kivett e Atkinson (1984) e Lin e Rogerson (1995)].

3 FONTES DE DADOS E METODOLOGIA

3.1 Fontes de Dados

Na primeira parte do trabalho, os dados foram obtidos, no caso da cidade de São Paulo, a partir de uma pesquisa desenvolvida em 1994 pelo Departamento de Geriatria e Gerontologia da Escola Paulista de Medicina, como parte integrante do *Estudo Longitudinal sobre uma População Idosa Residente no Município de São Paulo* [Ramos (1992)]. Esse projeto recebeu apoio operacional tanto da Secretaria Estadual de Saúde quanto do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo. Contou, também, com o apoio técnico da Unidade de Epidemiologia do Envelhecimento da London School of Hygiene and Tropical Medicine e do Centro de Estudos do Envelhecimento da Duke University.

O estudo longitudinal consistiu no acompanhamento de uma população de idosos (65 anos e mais) residente na Vila Clementino — um bairro de classe média de São Paulo com baixos níveis de migração — durante um período de quatro anos, sendo que cada indivíduo enumerado deveria, em tese, ser entrevistado duas vezes, uma no início e outra no final do estudo. Apesar de enfocada primariamente sobre aspectos epidemiológicos e de saúde dos idosos, essa pesquisa levantou algumas informações relevantes a respeito das transferências de apoio entre o idoso e a família. Os dados utilizados neste trabalho foram extraídos das 1.668 entrevistas realizadas durante a primeira fase da pesquisa.

No caso de Fortaleza, os dados utilizados foram extraídos de uma pesquisa de campo elaborada e desenvolvida como parte integrante de uma tese de doutorado [Saad (1998)] acerca das transferências de apoio intergeracionais no Brasil. Essa pesquisa foi efetuada entre os meses de março e maio de 1997, contando com o apoio financeiro do Population Council e da Mellon Foundation, e o apoio operacional e logístico da Faculdade de Saúde Pública do Estado do Ceará. Consistiu na aplicação de um questionário especial em uma amostra de 836 indivíduos com 65 anos ou mais residentes na cidade de Fortaleza,[6] no qual se coletaram informações não apenas do idoso, mas também de cada um de seus filhos vivos, fossem eles co-residentes ou não.

Com isso, tornou-se possível compilar duas bases de dados distintas: uma relativa aos idosos propriamente ditos; e outra relativa a seus respectivos 4.800 filhos vivos com idade igual ou superior a 18 anos.[7] Esse conjunto de informações possibilitou estimar os efeitos de fatores demográficos e socioeconômicos tanto de pais idosos quanto filhos adultos sobre as diferentes dimensões do intercâmbio de apoio informal envolvendo as duas gerações.

Embora não tenha sido de todo impossível a elaboração de análises de cunho comparativo entre São Paulo e Fortaleza, são muitos os fatores que limitam esse tipo de análise. Contrariamente à pesquisa de Fortaleza, por exemplo, a pesquisa de São Paulo não foi desenhada com a finalidade específica de estudar as transferências intergeracionais, o que lhe conferiu uma capacidade bem mais reduzida de produzir análises dessa natureza. Como conseqüência, a análise comparativa entre as duas cidades ficou restrita à única forma de transferência abordada na pesquisa de São Paulo: o fluxo de ajuda ascendente — de filhos adultos para pais idosos — considerando-se exclusivamente as características dos idosos. A análise do fluxo descendente e a da influência de características associadas aos filhos adultos ficaram limitadas ao caso de Fortaleza.

Outras limitações apontam igualmente para a necessidade de relativizar a interpretação dos resultados comparativos. A primeira diz respeito ao desenho distinto de amostragem que foi adotado em cada pesquisa. A segunda se refere à defasagem no tempo entre a realização de uma e outra pesquisa, período no qual importantes transformações econômicas tiveram lugar. Vale citar, nesse sentido,

6. O desenho da amostra em Fortaleza utilizou um procedimento estatístico estratificado em duas etapas, garantindo o seu caráter aleatório. Para mais detalhes, ver Saad (1998).

7. Na medida em que esta parte do estudo trata especificamente do intercâmbio com filhos adultos, os poucos casos de filhos menores de 18 anos foram excluídos da amostra. Além disso, é provável que uma parcela importante desses casos se trate, na verdade, de netos cuja criação a pessoa idosa assumiu, passando a considerá-los como filhos. Essa prática mostrou-se relativamente comum entre os idosos de Fortaleza.

que enquanto a pesquisa de Fortaleza ocorreu em um contexto de relativa estabilidade econômica, a de São Paulo transcorreu em meio a uma fase de elevada inflação, o que certamente dificulta qualquer tentativa de comparabilidade entre os dados de renda das duas pesquisas. Finalmente é preciso estar atento para o fato de que, no caso da ajuda financeira e de artigos de necessidade, a pesquisa de São Paulo considerou apenas os filhos não co-residentes, enquanto a de Fortaleza não levou em conta a situação de moradia entre as duas gerações.

Na segunda parte do trabalho, os dados utilizados foram obtidos a partir do conjunto de pesquisas Sabe, que investiga as condições de saúde da população de 60 anos ou mais em diferentes zonas urbanas da América Latina.[8] As pesquisas, de caráter transversal e rigorosamente comparáveis entre si, foram conduzidas de forma simultânea em sete cidades que, por representarem contextos socioeconômicos, demográficos e políticos diferenciados, refletem, de certa forma, a diversidade presente entre os países da região.

No caso das quatro cidades consideradas neste estudo — São Paulo, Buenos Aires, Montevidéu e Cidade do México —, as amostras, de caráter probabilístico, foram obtidas a partir do método de Amostragem por Conglomerados Polietápica com Estratificação das Unidades Primárias de Amostragem, tendo por base as atualizações mais recentes de estruturas censitárias ou de pesquisas domiciliares. Diferentemente da primeira parte do estudo, onde se considera especificamente o intercâmbio de apoio entre pais idosos (65 anos e mais) e filhos adultos, a análise desenvolvida na segunda parte do trabalho, relativa às quatro cidades latino-americanas, considera qualquer intercâmbio de apoio envolvendo idosos a partir de 60 anos de idade.

3.2 Metodologia

O apoio informal foi captado a partir de duas dimensões: o *tipo* de apoio (material, instrumental ou funcional) e a *direção* do apoio (recebido ou fornecido). Considerou-se como *material* o apoio envolvendo dinheiro[9] ou artigos de necessidade, tais como comida, roupas e utensílios domésticos;[10] como *instrumental* aquele envolvendo atividades instrumentais da vida diária (AIVD); e como *funcional* o que envolveu atividades funcionais da vida diária (AFVD). As AIVDs incluem, no caso de ajuda recebida pelo idoso: preparar refeições, fazer compras, fazer tarefas

8. Para mais detalhes a respeito da pesquisa Sabe, ver Palloni e Peláez (2002).

9. O dinheiro fornecido pode ser considerado como simples doação ou empréstimo. Considera-se, também, como ajuda em dinheiro, o pagamento de contas, seguro médico-hospitalar, escola, aluguel etc.

10. Na segunda parte do trabalho, onde se utilizam os dados da pesquisa Sabe, apenas o intercâmbio de ajuda em dinheiro é considerado.

domésticas leves, fazer tarefas domésticas pesadas, e cuidar do próprio dinheiro.[11] No caso de ajuda fornecida pelo idoso, considerada apenas no caso da cidade de Fortaleza, incluem: cuidar da casa de filhos ou parentes, tomar conta do negócio de filhos ou parentes e tomar conta de netos, entre outras atividades. As AFVDs incluem: tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar ou levantar, caminhar, sair de casa, e usar o banheiro ou sanitário.[12]

A análise dos dados consistiu no ajuste de uma série de modelos multivariados, capazes de identificar os fatores mais importantes associados aos fluxos de apoio informal entre gerações considerados no estudo. Para estimar o efeito dos co-variantes selecionados sobre a probabilidade de envolvimento do idoso em fluxos de apoio material, instrumental ou funcional, os modelos multivariados foram ajustados por meio de regressões logísticas simples. Para estimar o efeito dos co-variantes selecionados sobre a probabilidade de filhos adultos se envolverem em fluxos de apoio com pais idosos, no caso específico da cidade de Fortaleza, os modelos multivariados foram ajustados por intermédio de regressões logísticas condicionais.[13]

A seleção dos co-variantes introduzidos na análise multivariada se baseou na fundamentação teórica desenvolvida previamente neste estudo, tendo como guia os resultados empíricos de outros estudos elaborados em diferentes contextos. Nesse conjunto de co-variantes se incluem características demográficas e socioeconômicas tanto dos idosos quanto dos filhos adultos, além da condição de deficiência do idoso.

As características dos idosos introduzidas nos modelos relativos ao seu engajamento em fluxos de ajuda — com filhos adultos na primeira parte do estudo e em geral na segunda — incluíram: o sexo, a idade, o estado conjugal, o número de filhos vivos, a renda própria, a escolaridade, o arranjo domiciliar, o número de pessoas co-residentes, a condição de deficiência e a condição de atividade econômica. A exemplo da variável resposta, todas as variáveis explicativas nesses modelos foram transformadas em dicotômicas (variáveis que assumem somente os valores 0 ou 1), a fim de facilitar a interpretação dos resultados.

Quanto às características dos filhos adultos introduzidas nos modelos relativos ao seu engajamento em fluxos de ajuda com pais idosos, foram considerados: o sexo, a idade, o estado conjugal, o número de filhos vivos, a atividade econômica e o local de residência em relação à moradia do idoso (mesmo domicílio, mesma vizinhança, outra parte da cidade, outra cidade do Ceará, fora do Estado do Ceará).

---

11. Na segunda parte do trabalho, onde se utilizam os dados da pesquisa Sabe, as AIVDs também incluem tomar remédios.

12. Na segunda parte do trabalho, onde se utilizam os dados da pesquisa Sabe, as AFVDs excluem sair de casa.

13. Ver nota a respeito das regressões logísticas no Anexo.

Com exceção da idade e do número de filhos vivos, tratados nesses modelos como variáveis contínuas, todas as demais foram transformadas em dicotômicas.

4 INTERCÂMBIO DE APOIO INTERGERACIONAL NO BRASIL: OS CASOS DE SÃO PAULO E FORTALEZA

As magnitudes dos fluxos de apoio envolvendo idosos em São Paulo e Fortaleza estão retratadas nas Tabelas 1 e 2. Além da intensa freqüência com que esses fluxos ocorrem — em especial no caso de Fortaleza — dois aspectos chamam particularmente a atenção: o papel preponderante que desempenham os filhos adultos nesse processo e a importância do fluxo que vai no sentido de pais idosos para filhos adultos.

No caso de São Paulo, 46,3% dos idosos informaram haver recebido algum tipo de ajuda, sendo que para 30% deles essa ajuda foi proveniente de filhos adultos (Tabela 1). Em Fortaleza, essas proporções atingiram, respectivamente, 68,9% e 55% (Tabela 2). Em contrapartida, no caso específico dessa última cidade, constatou-se que 52,5% dos idosos entrevistados haviam fornecido algum tipo de apoio, dos quais 34% para filhos adultos (Tabela 2).

A proporção de idosos em Fortaleza que declarou haver recebido e fornecido algum tipo de apoio alcançou 34,4%, sendo que para 19,4% esse intercâmbio se deu com relação a filhos adultos. Por outro lado, 87% dos idosos se envolveram em, pelo menos, uma direção do fluxo de apoio (recebeu *e/ou* forneceu), sendo 69,6% com filhos adultos (Tabela 2).

Tanto em São Paulo quanto em Fortaleza, o tipo de apoio mais freqüentemente fornecido por filhos adultos a pais idosos foi o apoio material, seguido pelo instrumental e, posteriormente, o funcional. Quanto ao apoio fornecido pelos idosos aos filhos adultos, no caso específico de Fortaleza, o tipo mais freqüente foi o instrumental, seguido pelo material.

TABELA 1
SÃO PAULO: PROPORÇÃO DE IDOSOS QUE RECEBERAM AJUDA, DE ACORDO COM O TIPO DE AJUDA — 1994

Tipo de ajuda	Recebido de		Idosos que receberam (1) + (2)	Idosos que não receberam (3)	Total (1) + (2) + (3)
	Filhos (1)	Outros (2)			
Material[a]	19,4	4,7	24,1	75,9	100
Funcional	6,1	7,5	13,6	86,4	100
Instrumental	12,2	17,3	29,5	70,5	100
Ao menos uma	30,0	16,3	46,3	53,7	100

[a] Ajuda material exclui indivíduos co-residentes.

TABELA 2
FORTALEZA: PROPORÇÃO DE IDOSOS ENVOLVIDOS EM INTERCÂMBIOS DE AJUDA, DE ACORDO COM O TIPO E A DIREÇÃO DA AJUDA — 1997

Participação no fluxo de ajuda	Transferência de ou para		Idosos envolvidos (1) + (2)	Idosos não envolvidos (3)	Total (1) + (2) + (3)
	Filhos (1)	Outros (2)			
Ajuda recebida					
Ao menos uma	55,0	13,9	68,9	30,1	100,0
Material	37,8	5,9	43,7	56,3	100,0
Funcional	15,4	12,2	27,6	72,4	100,0
Instrumental	26,0	14,9	40,9	59,1	100,0
Ajuda fornecida					
Ao menos uma	34,0	18,5	52,5	47,5	100,0
Material	17,0	20,3	37,3	62,7	100,0
Funcional	0,8	5,4	6,2	93,8	100,0
Instrumental	20,8	3,5	24,3	75,7	100,0
Fornecida e recebida					
Ao menos uma	19,4	15,0	34,4	65,6	100,0
Fornecida e/ou recebida					
Ao menos uma	69,6	17,4	87,0	13,0	100,0

Apesar de uma proporção maior de idosos em Fortaleza haver recebido apoio de filhos adultos, comparativamente a São Paulo, é interessante notar que a proporção de idosos que declararam possuir algum tipo de dificuldade em desempenhar atividades da vida diária em São Paulo foi maior do que em Fortaleza. Com relação às atividades funcionais, 37,8% dos idosos em São Paulo reportaram algum tipo de dificuldade, contra 33,1% em Fortaleza. Quanto às atividades instrumentais, essas proporções foram de 46,1% em São Paulo e 43,5% em Fortaleza. Enquanto em Fortaleza 46,6% dos idosos com alguma dificuldade em desempenhar atividades funcionais e 59,6% com dificuldade em desempenhar atividades instrumentais receberam apoio de pelo menos um filho adulto, o mesmo se deu em apenas 16% e 26,4% dos casos em São Paulo.

4.1 Correlação entre os Diferentes Tipos de Apoio

Com a finalidade de averiguar possíveis correlações entre os diferentes tipos de apoio fornecido e recebido pelos idosos, calculou-se um conjunto de matrizes de correlação, cujos resultados estão apresentados na Tabela 3, para São Paulo, e na

TABELA 3
SÃO PAULO: COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE DIFERENTES TIPOS DE AJUDA RECEBIDA POR PAIS IDOSOS DE FILHOS ADULTOS — 1994

Tipo de ajuda	Tipo de ajuda		
	Material[a]	Funcional	Instrumental
Material	1,000		
Funcional	0,021	1,000	
Instrumental	0,030	0,658***	1,000

[a] Ajuda material exclui indivíduos co-residentes.

Nível de significância: *** $p < 0.001$ (Prob > | R | sob a hipótese de Rho = 0/N = 1,668).

Tabela 4, para Fortaleza. Conforme esperado, o fato de receber apoio funcional entre os idosos está fortemente correlacionado, nas duas localidades, ao fato de receber apoio instrumental. Isso porque os idosos com dificuldades em desempenhar atividades funcionais da vida diária tendem, igualmente, a encontrar dificuldades com relação às atividades instrumentais. Uma leve correlação entre o fato de receber apoio material e o de receber apoio instrumental também foi encontrada no caso de Fortaleza (Tabela 4).

Desde a perspectiva dos filhos adultos, a importante correlação observada entre fornecer apoio funcional e fornecer apoio instrumental (Tabela 4) sugere que, em vez de igualmente distribuída entre seus filhos, a responsabilidade pelos cuidados de pais idosos tende a recair em uma parcela reduzida dos membros de sua prole. Por outro lado, a forte correlação observada entre o fato de receber apoio material e o de receber apoio instrumental de pais idosos mostra que o fluxo de apoio descendente, de pais para filhos, também tende a ser concentrado — ou talvez seletivo, no sentido de favorecer os filhos mais necessitados — em relação aos membros da prole.

A significativa correlação negativa entre fornecer e receber apoio material encontrada entre os filhos adultos (Tabela 4) já era certamente de se esperar, uma vez que aqueles em condições de fornecer esse tipo de apoio aos pais não necessitam, em geral, recebê-lo de volta. Surpreendentemente, porém, a falta desse mesmo tipo de correlação entre os pais idosos sugere que boa parte deles recebe apoio dos filhos em melhores condições financeiras, ao mesmo tempo em que fornece apoio àqueles em condições mais adversas.

Finalmente, a forte correlação positiva observada no caso dos filhos adultos entre fornecer apoio funcional e instrumental e receber apoio instrumental de seus pais idosos (Tabela 4) não apenas evidencia a alta freqüência do intercâmbio

TABELA 4
FORTALEZA: COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE DIFERENTES TIPOS DE AJUDA, RELATIVOS AOS FLUXOS DE INTERCÂMBIO ENTRE FILHOS ADULTOS E PAIS IDOSOS — 1997

Direção e tipo da ajuda	Ajuda recebida			Ajuda fornecida		
	Material	Funcional	Instrumental	Material	Funcional	Instrumental
Relativa aos pais						
Ajuda recebida						
Material	1,000					
Funcional	0,056	1,000				
Instrumental	0,084*	0,404***	1,000			
Ajuda fornecida						
Material	–0,037	0,009	0,015	1,000		
Instrumental	0,098**	0,009	–0,027	0,050		1,000
Relativa aos filhos						
Ajuda recebida						
Material	1,000					
Instrumental	0,074***		1,000			
Ajuda fornecida						
Material	–0,065***		0,015	1,000		
Funcional	0,020		0,040**	0,034*	1,000	
Instrumental	0,026		0,035*	0,022	0,344***	1,000

Nível de significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ (Prob > | R | sob a hipótese de Rho = 0/N = 836 no caso dos pais idosos e N = 4,800 no caso dos filhos adultos).

de apoio intergeracional que tem lugar na cidade de Fortaleza, mas também sugere a existência de um sistema de permuta implícito de ajuda entre pais e filhos, no qual a co-residência, como se verá mais adiante, representa um fator-chave.

4.2 Efeito das Características Socioeconômicas dos Idosos em Fortaleza

Os efeitos das características selecionadas dos idosos sobre a sua propensão de envolver-se em transferências de apoio com filhos adultos estão estimados pelos coeficientes apresentados na Tabela 5.[14] Muitos dos resultados obtidos são consistentes com aqueles normalmente encontrados em estudos sobre transferências

14. A dimensão funcional não foi considerada no caso da ajuda fornecida pelo idoso, devido à raridade desse tipo de evento.

TABELA 5
FORTALEZA: COEFICIENTES ESTIMADOS DAS REGRESSÕES LOGÍSTICAS RELATIVAS À PROPENSÃO DE PAIS IDOSOS INTERCAMBIAREM AJUDA COM FILHOS ADULTOS — 1997

Características dos pais idosos	Ajuda recebida			Ajuda fornecida	
	Material	Funcional	Instrumental	Material	Instrumental
MULHER	–0,466	0,861***	0,409	–0,128	1,038***
IDADE_2	0,161	0,174	0,031	–0,234	–0,232
IDADE_3	0,066	0,614	0,988***	–0,241	–1,085***
CONJUGAL_2	–0,134	0,378	0,082	0,154	0,254
CONJUGAL_3	0,086	0,542	0,141	–0,897*	0,389
NFILHOS_2	0,037	0,592	0,366	0,643	0,359
NFILHOS_3	0,413	0,539	0,55	0,48	0,329
ARRANJO_2	–0,119	0,316	0,582*	–0,277	–0,071
ARRANJO_3	–0,418	1,041**	0,769**	0,138	0,151
RENDA_1	0,224	0,365	–0,625	–0,183	–0,01
RENDA _3	0,171	–0,163	–0,238	0,038	0,359
RENDA _4	–0,720**	–0,079	–0,534	0,577*	–0,117
EDUC_1	–0,428*	0,276	0,273	0,002	–0,550**
EDUC_3	–0,288	0,318	–1,116**	0,373	–0,121
DEFICIENTE	–0,015	1,414***	0,975***	–0,302	0,265
TRABALHA	–0,37		–1,473**	0,289	–0,001
MULHER*NFILHOS_2	1,246*				
MULHER*NFILHOS_3	1,371*				
IDADE_3* ARRANJO_2		1,033*			
CONSTANTE	–0,715	–4,601***	–2,633***	–1,796***	–1,989***

Variáveis de referência: IDADE_1 no caso da idade; CONJUGAL_1 no caso do estado conjugal; NFILHOS_1 no caso do número de filhos vivos; ARRANJO_1 no caso do arranjo domiciliar; RENDA_2 no caso da renda e EDUC_2 no caso da educação.

Níveis de significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Definição das variáveis: MULHER: Código 1 se mulher; 0 se homem. IDADE_1: Código 1 se idade entre 65 e 69 anos; 0 caso contrário. IDADE_2: Código 1 se idade entre 70 e 74 anos; 0 caso contrário. IDADE_3: Código 1 se idade igual ou maior que 75 anos; 0 caso contrário. CONJUGAL_1: Código 1 se casado(a); 0 caso contrário. CONJUGAL_2: Código 1 se viúvo(a); 0 caso contrário. CONJUGAL_3: Código 1 se solteiro(a) ou divorciado(a); 0 caso contrário. N FILHOS _1: Código 1 se no de filhos vivos igual a 1 ou 2; 0 caso contrário. N FILHOS _2: Código 1 se no de filhos vivos entre 3 e 5; 0 caso contrário. N FILHOS _3: Código 1 se no de filhos vivos maior do que 5; 0 caso contrário. ARRANJO_1: Código 1 se não mora com nenhum filho(a). ARRANJO_2: Código 1 se mora com ao menos um filho(a) (nenhum casado(a)); 0 caso contrário. ARRANJO_3: Código 1 se mora com ao menos um filho(a) casado(a); 0 caso contrário. RENDA_1: Código 1 se não tem rendimento; 0 caso contrário. RENDA_2: Código 1 se tem rendimento até 1 salário mínimo; 0 caso contrário. RENDA_3: Código 1 se tem rendimento entre 1 e 3 salários mínimos; 0 caso contrário. RENDA_4: Código 1 se tem rendimento maior do que 3 salários mínimos; 0 caso contrário. EDUC_1: Código 1 se não tem educação formal; 0 caso contrário. EDUC_2: Código 1 se tem escolaridade igual a primário completo ou incompleto; 0 caso contrário. EDUC_3: Código 1 se tem escolaridade maior que primário; 0 caso contrário. DEFICIENTE: Código 1 se possui deficiência física; 0 caso contrário. TRABALHA: Código 1 se trabalha; 0 caso contrário.

intergeracionais. É o caso, por exemplo, do efeito inverso da renda sobre as transferências de apoio material — negativo, quando se trata de receber; e positivo, quando se trata de fornecer — e do efeito inverso da idade sobre as transferências de apoio instrumental — positivo, no caso de receber e negativo, no caso de fornecer. Resultados igualmente esperados foram o efeito negativo da educação sobre a probabilidade de receber apoio instrumental e a probabilidade significativamente maior entre as mulheres idosas do que entre os homens de envolvimento em transferências de apoio com filhos adultos.

Uma série de resultados, no entanto, parece ser característica de Fortaleza — ou, de maneira geral, talvez da região Nordeste —, uma vez que não segue o padrão normalmente encontrado em estudos dessa natureza. Embora a viuvez e o número de filhos sejam freqüentemente apontados como fatores contribuintes para o idoso receber alguma ajuda de filhos adultos — em particular ajuda material no caso do número de filhos — nem o estado conjugal, nem o tamanho da prole apresentaram efeito significativo sobre as transferências intergeracionais em Fortaleza.[15]

O fato de possuir uma atividade econômica, geralmente associada a maior autonomia física e financeira do idoso, por outro lado, não apresentou o efeito que se esperava. Se bem é certo que o efeito negativo de estar na força de trabalho sobre a probabilidade de receber apoio instrumental faz da atividade econômica um bom indicador da autonomia física, a inexistência de efeito significativo sobre a probabilidade de receber apoio material sugere que o fato de trabalhar não garante ao idoso maior autonomia financeira.[16] Essa situação está provavelmente relacionada ao fato de o idoso trabalhar, na maioria das vezes, em atividades mal remuneradas do setor informal da economia. Tal hipótese ganha força quando se observa que a renda média dos idosos entrevistados nessa pesquisa com atividades remuneradas — a grande maioria aposentados ou pensionistas — era apenas ligeiramente superior à dos que não trabalhavam.[17]

Por outro lado, dados para o Brasil como um todo apresentados em outros trabalhos deste livro[18] mostram que o trabalho do aposentado contribui para elevar a sua renda. O aposentado que trabalha é o que está em melhor condição econômica, e a renda do trabalho tem um peso importante na renda familiar.

---

15. Como indicado pelos termos de interação envolvendo a variável MULHER e as variáveis associadas a valores mais elevados do número de filhos no primeiro modelo da Tabela 6, o tamanho da prole teve um efeito levemente positivo apenas no caso das mulheres.

16. Para evitar que o rendimento do idoso confundisse o efeito de possuir ou não uma atividade remunerada, ajustou-se um modelo (não apresentado) similar ao primeiro da Tabela 5, retirando-se as variáveis associadas à renda. Ainda assim, o efeito da variável TRABALHO sobre a probabilidade de receber ajuda de um filho adulto continuou estatisticamente não-significativo.

17. No caso dos homens (com filhos adultos), a renda média mensal declarada pelos que trabalhavam foi de R$ 424, contra R$ 418 dos que não trabalhavam. No caso das mulheres, essas rendas foram, respectivamente, de R$ 207 e R$ 199.

18. Ver, por exemplo, os capítulos de Wajman, Oliveira e Oliveira e Camarano *et alii*, neste livro.

Outro resultado não antecipado se refere ao efeito negativo da falta de educação formal sobre a probabilidade de receber apoio material e fornecer apoio instrumental. Embora fosse de se esperar que níveis diferenciados de educação desestimulassem a co-residência entre gerações, não estão suficientemente claros os motivos pelos quais essas diferenças viessem igualmente a constituir-se em obstáculo para a troca de apoio — em particular material — entre gerações na cidade de Fortaleza.[19]

O efeito da estrutura domiciliar do idoso sobre sua probabilidade de fornecer e/ou receber ajuda de filhos adultos mostrou ser de extrema importância no caso de Fortaleza. Como mencionado, o número de filhos não afeta significativamente as transferências de apoio, em especial no que diz respeito a receber apoio funcional e instrumental. Nesses casos, o que parece contar mais é a co-residência com os filhos. A probabilidade de receber esses tipos de ajuda é significativamente maior entre os idosos que moram com filhos do que entre os que não moram com filhos.

Um fato importante a ser observado diz respeito à diferença no efeito da co-residência com filhos adultos sobre a probabilidade de o idoso receber ajuda funcional, conforme se trate de filho casado ou solteiro. Co-residência com filho casado geralmente implica algum tipo de ajuda funcional ao idoso, qualquer que seja a idade do mesmo (note-se que a idade não tem efeito significativo sobre a probabilidade de receber ajuda funcional). O efeito da co-residência com filhos solteiros, por outro lado, se torna estatisticamente significativo apenas no caso de idosos em idades mais avançadas, como indica o termo de interação da idade com o arranjo domiciliar no segundo modelo da Tabela 5. Esse resultado coincide com o verificado em estudo específico sobre os arranjos domiciliares dos idosos no Nordeste [Saad (1996)], o qual mostra que a co-residência entre pais idosos e filhos solteiros naquela região está relacionada mais diretamente ao estágio específico do ciclo normal de vida do que as necessidades ou preferências dos idosos. Logicamente, essa relação se torna mais débil quanto mais avançada a idade dos pais, quando suas necessidades passam a desempenhar um papel mais decisivo na configuração dos arranjos domiciliares.

4.3 Efeito das Características Socioeconômicas dos Filhos Adultos em Fortaleza

Os efeitos dos co-variantes selecionados sobre a propensão de filhos adultos intercambiarem ajuda com pais idosos estão estimados pelos coeficientes apresentados na Tabela 6. Da mesma forma como as mães se envolveram mais intensamente do que os pais em transferências de apoio funcional e instrumental com filhos adul-

19. Infelizmente, os dados disponíveis não permitem maiores inferências a respeito desse fato. Uma análise explicativa demandaria o uso de instrumental de coleta de dados mais sofisticado em termos qualitativos.

TABELA 6

FORTALEZA: COEFICIENTES ESTIMADOS DAS REGRESSÕES LOGÍSTICAS CONDICIONAIS RELATIVAS À PROPENSÃO DE FILHOS ADULTOS INTERCAMBIAREM AJUDA COM PAIS IDOSOS — 1997

Características dos filhos adultos	Ajuda fornecida			Ajuda recebida	
	Material	Funcional	Instrumental	Material	Instrumental
FILHA	0,107	0,818**	0,858***	–0,139	3,234**
IDADE	0,018*	0,005	0,023	–0,017	–0,052*
CONJUGAL_1	–0,055	–0,01	0,322	–1,200***	–3,926**
CONJUGAL_3	–0,391	–0,573	0,137	–0,086	0,522
NFILHOS	–0,032	–0,013	–0,094	0,047	0,194*
TRABALHA	1,290***	–0,465	–0,387	–0,445*	0,229
RESID_1	–0,593**	2,055***	1,645***	–0,121	0,576
RESID_3	–0,105	–0,084	–0,454	–0,217	–0,845**
RESID_4	–0,754**			–0,079	
RESID_5	0,02			–1,298**	
FILHA * IDADE					–0,064*
CONJUGAL_1* IDADE					0,105**
CONJUGAL_1*RESID_5				2,923***	
NFILHOS* TRABALHA	–0,153*				
NFILHOS*RESID-_1					0,539**

Variáveis de referência: CONJUGAL_2 no caso do estado conjugal e RESID_2 no caso da residência.

Níveis de significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Definição das variáveis: FILHA: Código 1 se filha; 0 se filho. IDADE: Idade em anos simples. CONJUGAL_1: Código 1 se casado(a); 0 caso contrário. CONJUGAL_2: Código 1 se viúvo(a); 0 caso contrário. CONJUGAL_3: Código 1 se solteiro(a) ou divorciado(a); 0 caso contrário. NFILHOS: Número de filhos vivos (netos dos idosos); 0 caso contrário. TRABALHA: Código 1 se trabalha; 0 caso contrário. RESID_1: Código 1 se mora com pais idosos; 0 caso contrário. RESID_2: Código 1 se mora na mesma vizinhança; 0 caso contrário. RESID_3: Código 1 se mora em outro bairro de Fortaleza; 0 caso contrário. RESID_4: Código 1 se mora em outra cidade do Ceará; 0 caso contrário. RESID_5: Código 1 se mora fora do Ceará; 0 caso contrário.

tos, as filhas mulheres participaram com uma freqüência maior do que os filhos homens em transferências de ajuda dessa natureza com seus pais idosos. Também de forma similar ao observado entre os idosos, as transferências de apoio material não foram influenciadas por questões de gênero das gerações filiais.

O efeito reduzido da idade dos filhos no intercâmbio de ajuda com os idosos sugere que esse processo se estende pela maior parte de suas vidas adultas. As únicas exceções se referem às chances de fornecer ajuda material — que aumenta ligeiramente com a idade do filho — e de receber ajuda instrumental — que

diminui ligeiramente com a idade do filho (e, conseqüentemente, com a idade dos pais). Esses efeitos já eram de se esperar, uma vez que, no primeiro caso, quanto mais velho o filho ou a filha, maiores as suas chances de haver alcançado melhores condições econômicas e, por isso, de ajudar financeiramente os seus pais idosos. No segundo caso, como foi visto na Subseção 4.2, a capacidade de fornecer ajuda instrumental aos filhos diminui conforme aumenta a idade do idoso.

Um resultado surpreendente foi a falta de influência significativa do estado conjugal dos filhos sobre sua probabilidade de fornecer ajuda aos pais idosos. Considerando que filhos casados geralmente têm preocupações adicionais concernentes às suas próprias famílias, seria de se esperar uma associação positiva significativa entre o fato de ser solteiro e a probabilidade de fornecer ajuda, especialmente funcional e instrumental, aos pais idosos.

Além de fornecerem uma ajuda aos pais idosos maior do que seria de se esperar, os filhos casados recebem mais ajuda dos pais comparativamente aos solteiros. Com relação à ajuda instrumental, esse fato poderia estar revelando que uma grande parte desse tipo de ajuda se refere aos cuidados dos netos. Essa hipótese é reforçada pelo efeito positivo importante tanto do número de filhos quanto do termo de interação do número de filhos com a co-residência sobre as chances de fornecer ajuda instrumental no último modelo da Tabela 6. No caso da ajuda material, por outro lado, o resultado aponta claramente para uma situação em que o rendimento do idoso adquire participação cada vez maior dentro do orçamento familiar.

Como era de se esperar, o fato de trabalhar aumenta significativamente a probabilidade de filhos adultos fornecerem ajuda material aos pais idosos, ao mesmo tempo em que diminui sensivelmente a probabilidade de ajuda no sentido inverso. As chances de um filho adulto fornecer ajuda material, no entanto, se reduz substancialmente conforme o número de filhos que ele possua. Essa situação se expressa por meio do efeito negativo do termo de interação da atividade econômica com o número de filhos vivos sobre a probabilidade de fornecer ajuda material no primeiro modelo apresentado na Tabela 6. Esses resultados poderiam estar refletindo uma espécie de competição entre avós e netos pelos recursos financeiros dos indivíduos adultos.

O efeito do local de residência dos filhos sobre a sua probabilidade de fornecer e receber ajuda dos pais idosos reforça as conclusões elaboradas na Subseção 4.2 a respeito da importância da proximidade física para que certas formas de ajuda possam ter lugar. Filhos que moram junto com os pais têm probabilidade significativamente maior do que os que não moram de render-lhes algum tipo de ajuda funcional ou instrumental. Considerando-se, por outro lado, o importante efeito

negativo da co-residência sobre a probabilidade de fornecer ajuda material, poder-se-ia concluir que a co-residência substitui, de certa forma, a transferência desse tipo de ajuda.[20] Quanto à probabilidade de receber ajuda dos pais, a co-residência parece não exercer maior influência, salvo no caso anteriormente citado em que os filhos adultos possuem seus próprios filhos.

Um último e surpreendente resultado que se depreende da Tabela 6 é a inexistência de barreiras geográficas no caso das transferências de apoio material, visto que morar fora do Estado do Ceará não implica a diminuição da probabilidade de filhos adultos fornecerem esse tipo de ajuda aos pais idosos. Nesses casos, a ajuda se refere, provavelmente, a remessas monetárias efetuadas por filhos que saíram do Ceará para trabalhar em outras partes do país, mas que mantêm vínculos com a família de origem. O fluxo inverso de ajuda parece igualmente não ser prejudicado por barreiras geográficas, ao menos no que diz respeito aos filhos solteiros. Como indicado pelo termo de interação no quarto modelo da Tabela 6, as chances de filhos solteiros receberem ajuda material de pais idosos não chega a diminuir substancialmente pelo fato de eles morarem fora do Estado do Ceará. Esse resultado sugere que ao menos uma parcela dos filhos mais jovens que emigram do Ceará pode contar com alguma assistência financeira de seus pais, até adquirir uma condição mais estabilizada no lugar de destino.

Considerando-se que a ajuda recebida pelos idosos — principalmente funcional e instrumental — está substancialmente a cargo de filhas mulheres e co-residentes, seria de esperar-se, à luz das transformações demográficas e socioeconômicas ora em curso, uma importante redução na disponibilidade futura de apoio informal ao idoso. Por um lado, o engajamento cada vez maior em atividades econômicas tende naturalmente a reduzir o tempo disponível das mulheres para o cuidado básico dos idosos. Por outro, sendo a co-residência entre gerações fortemente dependente da quantidade de filhos do idoso, a drástica diminuição do número de filhos decorrente da queda acelerada dos níveis de fecundidade leva a crer em dificuldades crescentes por parte das gerações futuras de idosos em co-residir com filhos adultos e, por conseguinte, em receber apoio funcional e instrumental.

Ao mesmo tempo, porém, em que parecem impor obstáculos ao fluxo de ajuda entre gerações, esses mesmos fatores — a maior participação das mulheres no mercado de trabalho e o menor número de filhos — também tendem a favorecer,

20. Há que se ter presente, no caso da co-residência entre pais idosos e filhos adultos, a dificuldade em se distinguir (ou captar) entre o que seja ajuda material efetiva de uns para outros e os aportes financeiros e de bens de consumo normalmente efetuados por ambos para fazer frente aos gastos e às necessidades comuns do domicílio.

através de outros mecanismos, a ajuda informal ao idoso. O fato de trabalhar irá aumentar sobremaneira as chances de filhas mulheres fornecerem ajuda material aos pais idosos, já que, como mostram os resultados, esse tipo de ajuda não só está positivamente associado à atividade econômica, como não depende de qualquer proximidade física entre as gerações. Por outro lado, um menor número de filhos significará uma disputa menos acirrada com os netos pelos recursos financeiros dos filhos adultos.

4.4 Efeito das Características Socioeconômicas dos Idosos em São Paulo

Os efeitos de co-variantes selecionados sobre a probabilidade de um idoso receber ajuda de um filho adulto em São Paulo estão estimados pelos coeficientes apresentados na Tabela 7. Mais freqüentemente do que observado em Fortaleza, os efeitos dos co-variantes sobre as transferências de apoio em São Paulo coincidiram com os resultados normalmente reportados em estudos sobre o assunto. O único resultado surpreendente foi a pouca influência que a participação na atividade econômica exerce sobre a propensão de o idoso receber ajuda. Como mencionado no caso de Fortaleza, a participação em uma atividade econômica é, em geral, um indicador de autonomia física e financeira, e, por essa razão, seria de se esperar uma redução na probabilidade de o idoso receber ajuda material caso ele exercesse alguma atividade. Assim como em Fortaleza, a maior parte dos idosos que trabalham em São Paulo está provavelmente vinculada ao setor informal da economia, exercendo atividades mal remuneradas.

Consistente com os resultados de estudos anteriores, as mulheres idosas em São Paulo apresentam uma probabilidade maior do que os homens de receber ajuda funcional e instrumental, da mesma forma que os idosos viúvos têm probabilidade maior do que os casados de receber qualquer tipo de ajuda. A idade apresentou efeito positivo sobre a probabilidade de receber ajuda funcional e material, enquanto a renda apresentou efeito negativo sobre a probabilidade de receber ajuda material. O número de filhos mostrou-se positivamente associado à probabilidade de receber ajuda, especialmente material, enquanto a educação mostrou-se negativamente associada às chances de receber ajuda material e instrumental.

Um resultado importante no caso de São Paulo refere-se ao efeito altamente significativo da co-residência sobre a probabilidade de o idoso receber ajuda funcional e instrumental de filhos adultos. Esse resultado ressalta a importância crucial da proximidade física para a realização de transferências de ajuda funcional e instrumental de filhos adultos para pais idosos, fato também observado no caso de Fortaleza. Interessantemente, no caso de São Paulo, é o efeito negativo da co-

TABELA 7
SÃO PAULO: COEFICIENTES ESTIMADOS DAS REGRESSÕES LOGÍSTICAS RELATIVAS À PROPENSÃO DE PAIS IDOSOS RECEBEREM AJUDA DE FILHOS ADULTOS — 1994

Características dos pais idosos	Ajuda recebida		
	Material	Funcional	Instrumental
MULHER	–0,348	0,906*	0,939***
IDADE_2	0,058	0,859	–0,078
IDADE _3	0,307	2,868***	1,463***
CONJUGAL_2	0,810***	1,255***	0,752**
CONJUGAL _3	–0,168	0,312	0,358
FILHOS_2	0,769***	0,325	0,036
FILHOS _3	0,955***	1,016**	0,628*
FILHOS _4	1,590***	0,788*	0,452
ARRANJO_2	–1,187***	1,702***	1,684***
ARRANJO_3	–0,993**	1,557***	1,730***
RENDA_1	–0,079	0,559	–0,216
RENDA_3	–0,607**	–0,001	–0,368
RENDA_4	–1,741***	–0,746	–0,448
EDUC_1	0,035	0,114	0,245
EDUC_3	–0,367*	–0,362	–0,527*
TRABALHA	–0,286		–0,15
CONJUGAL_2*ARRANJO_3	–1,163*		
CONSTANTE	–1,209***	–7,947***	–4.912***

Variáveis de referência: IDADE_1 no caso da idade; CONJUGAL_1 no caso do estado conjugal; FILHOS_1 no caso do número de filhos vivos; ARRANJO_1 no caso do arranjo domiciliar; RENDA_2 no caso da renda e EDUC_2 no caso da educação. Níveis de significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Definição das variáveis: MULHER: Código 1 se mulher; 0 se homem. IDADE_1: Código 1 se idade entre 65 e 69 anos; 0 caso contrário. IDADE_2: Código 1 se idade entre 70 e 74 anos; 0 caso contrário. IDADE_3: Código 1 se idade igual ou maior que 75 anos; 0 caso contrário. CONJUGAL_1: Código 1 se casado(a); 0 caso contrário. CONJUGAL_2: Código 1 se viúvo(a); 0 caso contrário. CONJUGAL_3: Código 1 se solteiro(a) ou divorciado(a); 0 caso contrário. FILHOS_1: Código 1 se número de filhos vivos igual a 1; 0 caso contrário. FILHOS _2: Código 1 se número de filhos vivos igual a 2; 0 caso contrário. FILHOS _3: Código 1 se número de filhos vivos igual a 3; 0 caso contrário. FILHOS _4: Código 1 se número de filhos vivos maior do que 3; 0 caso contrário. ARRANJO_1: Código 1 se não mora com nenhum filho(a). ARRANJO_2: Código 1 se mora com ao menos um filho(a) (nenhum casado(a)); 0 caso contrário. ARRANJO_3: Código 1 se mora com ao menos um filho(a) casado(a); 0 caso contrário. RENDA_1: Código 1 se não tem rendimento; 0 caso contrário. RENDA_2: Código 1 se tem rendimento até Cr$ 300 mil; 0 caso contrário. RENDA_3: Código 1 se tem rendimento entre Cr$ 300.001 e Cr$ 1 milhão; 0 caso contrário. RENDA_4: Código 1 se tem rendimento maior do que Cr$1 milhão; 0 caso contrário. EDUC_1: Código 1 se não tem educação formal; 0 caso contrário. EDUC_2: Código 1 se tem escolaridade igual a primário completo ou incompleto; 0 caso contrário. EDUC_3: Código 1 se tem escolaridade maior que primário; 0 caso contrário. TRABALHA: Código 1 se trabalha; 0 caso contrário.

residência sobre a probabilidade de o idoso receber ajuda material. Embora não se possa fazer inferências acerca de um eventual efeito de substituição entre ajuda material e co-residência no caso de São Paulo,[21] parece ser evidente que a co-residência com um filho inibe a ajuda material de outros filhos não co-residentes. Como indicado pelo substancial efeito negativo do termo de interação incluído no modelo relativo à ajuda material na Tabela 7, mesmo os idosos viúvos têm suas chances de receber ajuda material reduzidas no caso de co-residir com filhos adultos.

4.5 Análise Comparativa entre São Paulo e Fortaleza com Relação às Transferências de Ajuda de Filhos Adultos para Pais Idosos

Apesar das limitações dos dados para efeito de análise comparativa entre as cidades de São Paulo e Fortaleza,[22] os coeficientes apresentados na Tabela 8 relativos à variável FORTALEZA — a qual indica a cidade em que o idoso reside — permitem alguma inferência a respeito da influência regional sobre a maior ou a menor probabilidade de o idoso receber ajuda de filhos adultos. De acordo com os resultados, essa probabilidade, com relação a qualquer tipo de ajuda, é significativamente maior em Fortaleza do que em São Paulo, mesmo controlando-se todas as demais variáveis demográficas e socioeconômicas incluídas nos modelos. Embora as informações disponíveis não permitam explanações mais sólidas a respeito desse fato, ele poderia estar indicando menor influência de normas culturais em São Paulo relativas às obrigações filiais, ou ainda a prevalência de laços familiares mais estreitos em Fortaleza.

Um resultado particularmente interessante na Tabela 8 é a presença do grande número de interações estatisticamente significativas envolvendo a variável FORTALEZA. Esse fato evidencia a freqüência com que uma mesma variável afeta distintamente as transferências de ajuda de filhos adultos a pais idosos conforme se trate de uma ou outra localidade. De maneira geral, essas interações traduzem uma situação em que características que afetam fortemente o fluxo de ajuda aos idosos em São Paulo não exercem praticamente influência em Fortaleza. É o caso, por exemplo, da idade avançada ou da viuvez. Enquanto em São Paulo essas características constituem condições fundamentais para receber ajuda funcional, em Fortaleza elas não têm peso significativo.[23] A maior propensão das mulheres idosas em relação aos homens em receber ajuda instrumental, por outro lado, tende a ser

---

21. Diferentemente da pesquisa de Fortaleza, a de São Paulo não considerou a ajuda material recebida de filhos co-residentes, mas somente dos filhos não co-residentes.

22. Ver mais a respeito dessas limitações na Seção 3, relativa às fontes de dados.

23. Ver o efeito negativo dos termos de interação envolvendo o local de residência (variável FORTALEZA) e a idade e estado conjugal no segundo modelo da Tabela 8.

TABELA 8
COEFICIENTES ESTIMADOS DAS REGRESSÕES LOGÍSTICAS RELATIVAS À PROPENSÃO DE PAIS IDOSOS RECEBEREM AJUDA DE FILHOS ADULTOS, SÃO PAULO (1994) E FORTALEZA (1997)

Características dos pais idosos	Ajuda recebida		
	Material	Funcional	Instrumental
FORTALEZA	0,556***	2,310***	2,323***
MULHER	0,161	0,854***	1,039***
IDADE_2	0,143	0,382	0,019
IDADE_3	0,313*	2,529***	1,549***
CONJUGAL_2	0,700***	1,268***	0,350*
CONJUGAL_3	0,124	0,52	0,201
FILHOS_2	0,893***	0,418	0,147
FILHOS_3	1,010***	0,633*	0,507*
FILHOS_4	1,653***	0,598*	0,445*
ARRANJO_2	–0,678***	1,269***	1,717***
ARRANJO_3	–0,890***	1,327***	1,766***
RENDA_1	0,01	0,484	–0,460*
RENDA_3	–0,242	–0,15	–0,362*
RENDA_4	–1,177***	–0,4	–0,560**
EDUC_1	–0,255*	0,13	0,250*
EDUC_3	–0,331*	–0,189	–0,853***
TRABALHA	–0,193		–1,144**
CONJUGAL_2*ARRANGE_2	–0,473*		
CONJUGAL_2*ARRANGE_3	–0,777*		
FORTALEZA*FILHOS_3	0,497*		
FORTALEZA*IDADE_3		–1,137**	–0,562
FORTALEZA* CONJUGAL_2		–0,869*	
EDUC-_3*TRABALHA			1,608*
FORTALEZA*MULHER			–0,711*
FORTALEZA*ARRANJO_2			–1,172***
FORTALEZA*ARRANJO_3			–1,013**
CONSTANTE	–1,891***	–7,172***	–4,698***

Variáveis de referência: IDADE_1 no caso da idade; CONJUGAL_1 no caso do estado conjugal; FILHOS_1 no caso do número de filhos vivos; ARRANJO_1 no caso do arranjo domiciliar; RENDA_2 no caso da renda e EDUC_2 no caso da educação. Níveis de significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Definição das variáveis: FORTALEZA: Código 1 se mora em Fortaleza; 0 caso contrário. MULHER: Código 1 se mulher; 0 se homem. IDADE_1: Código 1 se idade entre 65 e 69 anos; 0 caso contrário. IDADE_2: Código 1 se idade entre 70 e 74 anos; 0 caso contrário. IDADE_3: Código 1 se idade igual ou maior que 75 anos; 0 caso contrário. CONJUGAL_1: Código 1 se casado(a); 0 caso contrário. CONJUGAL_2: Código 1 se viúvo(a); 0 caso contrário. CONJUGAL_3: Código 1 se solteiro(a) ou divorciado(a); 0 caso contrário. FILHOS_1: Código 1 se número de filhos vivos igual a 1; 0 caso contrário. FILHOS _2: Código 1 se número de filhos vivos igual a 2; 0 caso contrário. FILHOS _3: Código 1 se número de filhos vivos igual a 3; 0 caso contrário. FILHOS _4: Código 1 se número de filhos vivos maior do que 3; 0 caso contrário. ARRANJO_1: Código 1 se não mora com nenhum filho(a). ARRANJO_2: Código 1 se mora com ao menos um filho(a) (nenhum casado(a)); 0 caso contrário. ARRANJO_3: Código 1 se mora com ao menos um filho(a) casado(a); 0 caso contrário. RENDA_1: Código 1 se não tem rendimento; 0 caso contrário. RENDA_2: Código 1 se mora em São Paulo e tem rendimento até Cr$ 300 mil ou se mora em Fortaleza e tem rendimento até 1 salário mínimo; 0 caso contrário. RENDA_3: Código 1 se mora em São Paulo e tem rendimento entre Cr$ 300.001 e Cr$ 1 milhão ou se mora em Fortaleza e tem rendimento entre 1 e 3 salários mínimos; 0 caso contrário. RENDA_4: Código 1 se mora em São Paulo e tem rendimento maior do que Cr$1 milhão ou se mora em Fortaleza e tem rendimento maior do que 3 salários mínimos; 0 caso contrário. EDUC_1: Código 1 se não tem educação formal; 0 caso contrário. EDUC_2: Código 1 se tem escolaridade igual a primário completo ou incompleto; 0 caso contrário. EDUC_3: Código 1 se tem escolaridade maior que primário; 0 caso contrário. TRABALHA: Código 1 se trabalha; 0 caso contrário.

bem menos acentuada em Fortaleza do que em São Paulo.[24] A influência da co-residência com filhos adultos sobre a probabilidade de o idoso receber ajuda instrumental também mostrou-se bem mais significativa em São Paulo do que em Fortaleza.[25]

Sintetizando, esses resultados sugerem que as transferências de apoio de filhos adultos a pais idosos constituem uma prática muito mais disseminada em Fortaleza do que em São Paulo. Se, por um lado, essa situação reforça a idéia de um efeito diferencial de normas culturais em cada uma dessas duas sociedades, por outro, ela aponta para a necessidade de estudos mais aprofundados sobre essa questão, a fim de identificar possíveis efeitos de fatores não-incluídos na presente análise.

5 INTERCÂMBIO DE APOIO INTERGERACIONAL NA AMÉRICA LATINA: OS CASOS DE SÃO PAULO, BUENOS AIRES, MONTEVIDÉU E CIDADE DO MÉXICO

As pesquisas Sabe que forneceram a base de dados para esta parte do estudo contaram com amostras aleatórias de 2.143 indivíduos de 60 anos ou mais residentes na cidade de São Paulo, 1.039 residentes em Buenos Aires, 1.444 em Montevidéu e 1.247 na Cidade do México. O fato de Argentina e Uruguai se encontrarem em estágios relativamente avançados da transição demográfica se reflete em amostras consideravelmente mais envelhecidas e, por isso, com maiores proporções de mulheres[26] em Buenos Aires e Montevidéu comparativamente a São Paulo e Cidade do México.

De maneira geral, os dados da pesquisa Sabe mostram que os idosos na América Latina contam com uma rede potencial de apoio bastante significativa, o que pode ser constatado pela quantidade expressiva de filhos vivos e de pessoas co-residentes, duas das mais importantes fontes de apoio à população idosa [Saad (2003)].

5.1 Intensidade do Intercâmbio de Apoio

A informação contida na Tabela 9 fornece uma idéia geral do processo de intercâmbio de apoio informal em que se envolve a população idosa residente nos grandes centros urbanos da América Latina. Além de ilustrarem a forte intensidade dessa prática, os dados caracterizam de maneira inequívoca as transferências de apoio como um processo de via dupla, onde os idosos não apenas recebem, mas

---

24. Ver o efeito negativo do termo de interação envolvendo o local de residência e o sexo do idoso no terceiro modelo da Tabela 8.

25. Ver o efeito negativo dos termos de interação envolvendo o local de residência e as variáveis que indicam co-residência com filhos solteiros e casados no terceiro modelo da Tabela 8.

26. Como reflexo de sua maior esperança de vida, as mulheres geralmente constituem uma parcela maior do que a de homens entre a população idosa, de tal forma que quanto mais envelhecida a população, maior o seu percentual feminino.

TABELA 9
PROPORÇÃO DE IDOSOS QUE RECEBERAM E PRESTARAM DIFERENTES TIPOS DE APOIO INFORMAL EM QUATRO CIDADES LATINO-AMERICANAS — 1999-2000

Tipo de apoio	Receberam apoio				Prestaram apoio			
	São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.	São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.
Dinheiro	61	59	65	74	49	42	62	39
Serviços	78	68	67	64	64	60	57	50
Bens	65	45	53	54	56	41	50	41
Companhia	20	29	30	9	7	9	12	2
Cuidado de crianças	-	-	-	-	23	23	25	18
Outros	35	14	15	10	34	18	18	9
Qualquer um	93	85	88	90	88	79	86	76

Fonte: Pesquisa Sabe.

também fornecem auxílio com bastante freqüência. Levando-se em conta todas as formas de ajuda consideradas na pesquisa Sabe, a proporção de idosos que declararam haver recebido ao menos um tipo de auxílio varia de 85% em Buenos Aires a 93% em São Paulo. Já a proporção dos que declararam haver prestado ao menos um tipo de auxílio varia de 76% na Cidade do México a 88% na cidade de São Paulo.

Entre os diferentes tipos de auxílio, os mais freqüentemente intercambiados são os que envolvem dinheiro e serviços. Com algumas poucas exceções, em todas as cidades consideradas no estudo, a proporção de idosos que receberam esses tipos de auxílio supera os 60%, enquanto a proporção dos que prestaram esses tipos de auxílio está acima dos 40%. As proporções de idosos que receberam e que prestaram ajuda em bens também se mostraram importantes em todos os contextos analisados, assim como, de maneira menos intensa, a proporção dos que receberam apoio na forma de companhia (Tabela 9).

Dado o papel muitas vezes fundamental que exerce a ajuda em dinheiro na manutenção do bem-estar tanto dos idosos quanto de suas famílias, a análise a seguir focaliza, de maneira particular, essa dimensão das transferências informais de apoio, buscando identificar os principais fatores associados ao intercâmbio de apoio financeiro nas diferentes localidades cobertas pelo estudo. Antes, porém, considera-se uma outra dimensão de grande influência na qualidade de vida da população idosa, a referente ao apoio na execução de atividades da vida diária.

5.2 Apoio nas Atividades da Vida Diária

Neste estudo, as atividades da vida diária foram consideradas de forma separada entre funcionais e instrumentais. Como AFVD foram incluídas: andar dentro de casa, tomar banho, vestir-se, comer e utilizar o banheiro. Como AIVD incluíram-se: preparar comida, cuidar do próprio dinheiro, fazer compras, tomar remédios e fazer serviços domésticos leves.

Como pode ser visto na Tabela 10, a proporção de idosos que reportaram dificuldade na execução de algum tipo de atividade funcional é bastante similar em todas as amostras, variando de 17% em Buenos Aires e Montevidéu a 19% em São Paulo e Cidade do México. As proporções são geralmente maiores e mais diferenciadas quando se trata dos idosos que reportaram dificuldade em executar atividades instrumentais, estas variaram de 26% em Montevidéu a 40% em São Paulo.

Entre os idosos que apresentam dificuldades em executar AFVDs, a proporção dos que recebem alguma forma de auxílio é significativamente baixa, em especial se comparada à proporção dos que recebem auxílio na execução de atividades instrumentais. Em ambos os casos, são nítidas as diferenças observadas entre as amostras. A proporção de idosos que recebem auxílio nas atividades funcionais em São Paulo (32%), por exemplo, é praticamente o dobro da proporção observada em Montevidéu (17%). Por outro lado, enquanto quase a totalidade dos idosos com dificuldade em São Paulo recebe auxílio nas atividades instrumentais (92%), em Buenos Aires a proporção comparável é menos de 2/3 da de São Paulo (65%).

Os resultados da análise multivariada encontram-se resumidos nas Tabelas 11 e 12. A Tabela 11 apresenta, separadamente, para cada cidade e para o conjunto

TABELA 10
PROPORÇÃO DE IDOSOS QUE DECLARARAM POSSUIR DIFICULDADE E PROPORÇÃO DOS QUE RECEBERAM AJUDA EM ATIVIDADES FUNCIONAIS (AFVD) E INSTRUMENTAIS (AIVD) DA VIDA DIÁRIA EM QUATRO CIDADES LATINO-AMERICANAS — 1999-2000

Atividades		São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.
AFVD[a]	Declararam dificuldade	19	17	17	19
	Receberam ajuda[c]	32	27	17	28
AIVD[b]	Declararam dificuldade	40	32	26	38
	Receberam ajuda[c]	92	65	78	84

Fonte: Pesquisa Sabe.

[a] Inclui as seguintes atividades: caminhar dentro de casa, vestir-se, tomar banho, comer, e usar o banheiro.

[b] Inclui as seguintes atividades: preparar refeição, lidar com o próprio dinheiro, fazer compras, tomar remédios, e tarefas domésticas leves.

[c] Entre os que declararam possuir dificuldade.

TABELA 11

RAZÕES DE RISCO (*ODDS RATIO*) ASSOCIADAS ÀS REGRESSÕES LOGÍSTICAS RELATIVAS À PROPENSÃO DE IDOSOS DECLARAREM DIFICULDADE NA EXECUÇÃO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS (AFVD) E INSTRUMENTAIS (AIVD) DA VIDA DIÁRIA EM QUATRO CIDADES LATINO-AMERICANAS — 1999-2000

Co-variantes[a]	Dificuldade em AFVD[b]					Dificuldade em AIVD[c]				
	São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.	Amostra total	São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.	Amostra total
Sexo (homem)										
Mulher	1,32*	1,29	1,60**	0,91	1,26**	2,22***	1,92***	2,23***	1,97***	2,08***
Est. conj. (não-casado)										
Casado	0,91	0,57**	0,86	0,86	0,83*	0,80	0,53**	0,75	1,03	0,78**
Idade (60-64)										
65-69	1,05	1,77*	0,99	1,45	1,23*	1,93***	1,57*	1,10	1,77**	1,65***
70+	2,62***	4,51***	2,19***	3,37***	2,89***	5,86***	4,79***	3,22***	5,58***	4,96***
Filhos vivos (1-2)										
Nenhum	0,80	0,92	0,91	1,19	0,90	0,78	1,21	1,30	1,11	1,03
3-4	1,16	0,91	1,23	0,74	1,05	1,03	0,99	1,22	0,89	1,05
5+	1,01	0,46*	1,00	1,11	1,02	1,07	1,02	1,29	1,18	1,21*
Co-residentes[d] (1)										
Nenhum	0,88	0,74	1,01	0,79	0,88	0,91	0,67*	1,09	0,75	0,87
2+	1,31*	1,15	1,07	1,09	1,19	1,28	0,94	1,17	1,21	1,18*

(continua)

(continuação)

Co-variantes[a]	Dificuldade em AFVD[b]					Dificuldade em AIVD[c]				
	São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.	Amostra total	São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.	Amostra total
Educação (primária)										
Nenhuma	1,11	3,96***	1,19	1,11	1,17	1,86***	4,10***	1,95*	1,32	1,76***
Secundária	0,64*	0,73	0,50***	0,56*	0,58***	0,59**	0,85	0,50***	0,59*	0,62***
Renda[e] (não possui)										
Possui	0,78	0,61*	0,82	0,53***	0,68***	0,68*	0,61*	0,68	0,55***	0,63***
Cidade (São Paulo)										
Buenos Aires					0,96					0,86
Montevidéu					0,86					0,40***
México, D.F.					0,80*					0,61***
N (número de casos)	2.114	1.030	1.426	1.202	5.772	2.114	1.030	1.426	1.202	5.772

Fonte: Pesquisa Sabe.

Níveis de significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

[a] A categoria de referência de cada co-variante aparece entre parênteses.

[b] O idoso foi classificado como tendo dificuldade na execução de atividades funcionais da vida diária se declarou ter dificuldade em ao menos uma das seguintes atividades: caminhar dentro de casa, vestir-se, tomar banho, comer, e usar o banheiro.

[c] O idoso foi classificado como tendo dificuldade na execução de atividades instrumentais da vida diária se declarou ter dificuldade em ao menos uma das seguintes atividades: preparar refeição, lidar com o próprio dinheiro, fazer compras, tomar remédios, e tarefas domésticas leves.

[d] Para idosos não-casados, nenhum co-residente significa estar morando só; no caso de idosos casados, significa estar morando somente com o cônjuge.

[e] Exclui ajuda financeira prestada por familiares ou amigos.

TABELA 12
RAZÕES DE RISCO (*ODDS RATIO*) ASSOCIADAS ÀS REGRESSÕES LOGÍSTICAS RELATIVAS AO APOIO INFORMAL RECEBIDO POR IDOSOS CASADOS E NÃO-CASADOS EM ATIVIDADES FUNCIONAIS (AFVD) E INSTRUMENTAIS (AIVD) DA VIDA DIÁRIA EM QUATRO CIDADES LATINO-AMERICANAS — 1999-2000

Co-variantes[c]	Apoio recebido em AFVD[a]			Apoio recebido em AIVD[b]		
	Todos	Casados	Não-casados	Todos	Casados	Não-casados
Sexo (homem)						
Mulher	0,84	0,49**	1,18	0,95	0,86	1,06
Est. conj. (não-casado)						
Casado	1,21			1,32		
Idade (60-64)						
65-69	1,53	1,69	1,24	1,41	1,91*	1,17
70+	3,14***	2,45**	3,00***	2,93***	2,82**	2,27**
Filhos vivos (1-2)						
Nenhum	0,81	0,99	0,85	0,92	0,57	1,11
3-4	0,97	1,15	0,84	1,47*	1,35	1,34
5+	1,02	0,95	1,18	2,05***	1,19	2,84***
Co-residentes[d] (1)						
Nenhum	0,37***	0,70	0,19***	0,50***	0,56	0,49**
2+		1,05	0,93	1,33	1,16	1,56
Educação (primária)						
Nenhuma	1,27	1,34	1,03	1,79**	1,22	1,50
Secundária	0,96	0,85	1,14	1,03	1,69	1,12
Renda[e] (não possui)						
Possui	0,87	0,61	0,77	1,25	1,07	0,97
Cidade (São Paulo)						
Buenos Aires		0,93	0,65		0,17***	0,27***
Montevidéu		0,93	0,68		0,26***	0,55*
México, D.F.		0,88	0,54*		0,51*	0,27***
N (número de casos)[f]	1.153	475	678	1.722	661	1.061

Fonte: Pesquisa Sabe.

Níveis de significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

[a] Inclui as seguintes atividades: caminhar dentro de casa, vestir-se, tomar banho, comer, e usar o banheiro.

[b] Inclui as seguintes atividades: preparar refeição, lidar com o próprio dinheiro, fazer compras, tomar remédios, e tarefas domésticas leves.

[c] A categoria de referência de cada co-variante aparece entre parênteses.

[d] Para idosos não-casados, nenhum co-residente significa estar morando só; no caso de idosos casados, significa estar morando somente com o cônjuge.

[e] Exclui ajuda financeira prestada por familiares ou amigos.

[f] Referem-se aos idosos que declararam possuir dificuldade na excução de ao menos uma AFVD ou AIVD.

das quatro amostras,[27] o efeito das variáveis demográficas e socioeconômicas selecionadas sobre o risco de reportar dificuldade em atividades funcionais e instrumentais da vida diária. A Tabela 12, por sua vez, apresenta, separadamente para os idosos casados e não-casados que reportaram dificuldade em executar tais atividades, o efeito das mesmas variáveis demográficas e socioeconômicas sobre a probabilidade de receber auxílio. Em ambas as tabelas, razões de risco (*odds ratio*) acima da unidade indicam um efeito líquido direto da variável (no mesmo sentido e controlando-se o efeito das demais variáveis) sobre o risco de apresentar dificuldades em atividades da vida diária (Tabela 11) ou sobre a probabilidade de receber auxílio na execução dessas atividades (Tabela 12). Por outro lado, razões de risco abaixo da unidade indicam um efeito líquido inverso da variável sobre tais riscos e probabilidades.

Embora o risco de apresentar alguma dificuldade em atividades funcionais e principalmente instrumentais da vida diária seja significativamente maior entre as mulheres idosas do que entre os homens (Tabela 11),[28] a probabilidade de receber auxílio entre os que reportam dificuldade não difere de maneira significativa entre homens e mulheres (Tabela 12). A única exceção nesse caso refere-se à probabilidade significativamente maior entre os homens idosos casados do que entre as mulheres idosas casadas em receber auxílio em atividades funcionais, o que certamente reflete o fato de ser muito mais freqüente entre os idosos casados a situação em que a esposa auxilia o marido em atividades funcionais do que a situação inversa.

Tanto o risco de apresentar dificuldade como a probabilidade de receber auxílio, seja em atividades funcionais ou instrumentais, aumentam significativamente com a idade. Curiosamente, o fato de estar casado parece atuar como um fator de proteção contra condições limitantes de saúde entre os idosos, como indica a diminuição considerável da propensão, verificada entre os casados, de apresentar qualquer tipo de dificuldade funcional ou instrumental, principalmente com relação à amostra de Buenos Aires (Tabela 11). Entre os que possuem dificuldade, no entanto, o fato de estar casado não altera significativamente a probabilidade de receber ajuda funcional ou instrumental (Tabela 12).

Conforme esperado, o tamanho da rede potencial de apoio (número de filhos vivos e de pessoas co-residentes) afeta muito pouco o risco de o idoso apresentar dificuldade em atividades funcionais ou instrumentais da vida diária (Tabela 11).

27. Nesse caso, o modelo inclui uma variável adicional referente à cidade de residência do idoso, a fim de identificar diferenças, que permanecem entre as amostras, mesmo depois de controlado o efeito das demais variáveis.

28. As mulheres tendem a reportar suas condições de saúde com maior fidelidade do que os homens.

A disponibilidade de uma rede maior de apoio, no entanto, tende a incrementar substancialmente a probabilidade de idosos não-casados receberem auxílio, em particular no que se refere às atividades instrumentais. Quanto às atividades funcionais, a co-residência, mais do que a quantidade de filhos, parece ser fator primordial para garantir alguma forma de ajuda, como indica a sensível diminuição da probabilidade de receber auxílio entre os idosos não-casados que moram sós (Tabela 12).

Entre os idosos casados — ao contrário do que ocorre entre os não-casados — a probabilidade de receber auxílio em atividades da vida diária, tanto funcionais como instrumentais, não se vê afetada pelo tamanho da rede potencial de apoio. Por exemplo, entre os idosos não-casados um número de filhos vivos igual ou superior a cinco aumenta a razão de risco em receber ajuda em atividades instrumentais em quase três vezes comparativamente aos que possuem um ou dois filhos vivos (*odds ratio* = 2,84). Já entre os idosos casados o mesmo aumento é de apenas 19% (*odds ratio* = 1,19). Da mesma forma, enquanto o fato de não ter co-residentes diminui em mais de 80% (*odds ratio* = 0, 19) a razão de risco em receber ajuda em atividades funcionais entre os idosos não-casados, o decréscimo entre os casados é de não mais do que 30% (*odds ratio* = 0,70). Esse fato indica serem os cônjuges, no caso dos idosos casados, os principais provedores de ajuda em atividades funcionais e instrumentais da vida diaria.[29]

Com relação às variáveis socioeconômicas, o fato de possuir renda própria e, principalmente, maior nível de educação parece diminuir sensivelmente o risco dos idosos de apresentarem dificuldades na execução de atividades da vida diária, sejam elas funcionais ou instrumentais (Tabela 11). Por outra parte, melhores condições socioeconômicas parecem não alterar de maneira significativa a probabilidade de receber auxílio nessas atividades entre aqueles que apresentam dificuldades (Tabela 12).

Uma vez controladas as variáveis demográficas e socioeconômicas, são poucas as diferenças que permanecem entre as diversas cidades, tanto em termos do risco de apresentar dificuldades quanto em termos da probabilidade de receber ajuda em atividades funcionais da vida diária. Quanto às atividades instrumentais, as diferencas entre cidades parecem ser mais importantes. Em comparação a São Paulo, o risco de apresentar dificuldades em alguma dessas atividades é praticamente o mesmo entre os idosos residentes em Buenos Aires, porém significativamente menor entre os idosos residentes em Montevidéu e Cidade do México

29. Na medida em que a probabilidade de receber tais tipos de auxílio é significativamente maior entre os homens em comparação às mulheres, são as esposas, mais especificamente, as grandes provedoras de auxílio aos maridos idosos.

(Tabela 11). Por outro lado, no que se refere ao recebimento de ajuda nessas atividades entre os idosos que reportam dificuldade, a probabilidade é significativamente maior em São Paulo do que nas demais cidades, tanto entre os idosos casados quanto entre os não-casados (Tabela 12).

5.3 Intercâmbio de Apoio Financeiro

Os resultados da análise multivariada envolvendo o intercâmbio de apoio financeiro estão apresentados na Tabela 13, onde, como no caso anterior envolvendo as atividades da vida diária, as razões de risco acima da unidade indicam efeito direto (positivo) das variáveis demográficas e socioeconômicas sobre a probabilidade de receber ou fornecer ajuda financeira e as razões de risco abaixo da unidade indicam efeito inverso (negativo) das mesmas variáveis.

Em comparação aos homens, as mulheres idosas, de maneira geral, apresentam uma probabilidade significativamente maior de receber e significativamente menor de prestar ajuda financeira. O fato de ser casado, por outro lado, tende a aumentar de maneira significativa a participação do idoso no processo de intercâmbio de apoio financeiro, haja vista a probabilidade expressivamente maior entre os idosos casados tanto de receber quanto de prestar ajuda em dinheiro. Ao mesmo tempo em que a probabilidade de prestar ajuda em dinheiro tende a diminuir conforme aumenta a idade do idoso, particularmente no caso da Cidade do México, a probabilidade de receber ajuda em dinheiro parece independer da idade (Tabela 13).

A probabilidade de um idoso receber ajuda em dinheiro diminui sensivelmente se ele não possui nenhum filho vivo. A ausência de filhos, porém, parece não afetar de maneira significativa a probabilidade de o idoso prestar auxílio financeiro. A coabitação, por outro lado, tende a aumentar significativamente o fluxo de ajuda monetária, como sugerem os valores muito abaixo da unidade das razões de risco dos idosos em domicílios sem co-residentes (Tabela 13).

Quanto aos efeitos dos fatores socioeconômicos sobre as transferências de ajuda financeira, os resultados mostram claramente que as condições tanto de educação quanto de renda do idoso associam-se positivamente com a probabilidade de prestar ajuda monetária e negativamente com a de receber esse tipo de ajuda (Tabela 13). Quer dizer, o fato de haver alcançado um nível de educação ao menos secundário e de possuir alguma fonte de renda própria diminui substancialmente a probabilidade de receber ajuda financeira, ao mesmo tempo em que aumenta a probabilidade de prestar esse tipo de auxílio.

Depois de controlado o efeito das variáveis demográficas e socioeconômicas, diferenças importantes ainda se mantêm entre as cidades com relação à intensidade

TABELA 13
RAZÕES DE RISCO (*ODDS RATIO*) ASSOCIADAS ÀS REGRESSÕES LOGÍSTICAS RELATIVAS À PROPENSÃO DE OS IDOSOS RECEBEREM E PRESTAREM AJUDA FINANCEIRA EM QUATRO CIDADES LATINO-AMERICANAS — 1999-2000

Co-variantes[a]	Ajuda recebida					Ajuda prestada				
	São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.	Amostra total	São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.	Amostra total
Sexo (homem)										
Mulher	2,96***	2,10***	3,31***	4,26***	3,00***	0,39***	0,45***	0,42***	0,30***	0,40***
Est. conj. (não-casado)										
Casado	2,91***	2,05***	5,22***	2,75***	3,07***	2,75***	2,96***	4,34***	2,68***	3,03***
Idade (60-64)										
65-69	1,08	1,17	1,51*	1,29	1,23*	1,26	0,89	1,24	0,74	1,03
70+	0,93	1,30	1,25	1,18	1,10	0,75*	0,73	1,16	0,47***	0,76**
Filhos vivos (1-2)										
Nenhum	0,67*	0,41***	0,90	0,31**	0,59***	1,00	0,51**	0,69	1,15	0,77*
3-4	1,12	0,92	1,23	1,28	1,13	1,17	1,04	1,19	1,13	1,11
5+	1,08	1,61	1,61*	1,32	1,23*	1,10	1,29	1,02	1,02	1,04
Co-residentes[b] (1)										
Nenhum	0,51***	0,37***	0,44***	0,52**	0,47***	0,48***	0,45***	0,28***	0,62*	0,43***
2+	1,15	1,24	1,70**	1,68*	1,35***	0,77*	0,81	0,84	0,84	0,82*

(continua)

(continuação)

Co-variantes[a]	Ajuda recebida					Ajuda prestada				
	São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.	Amostra total	São Paulo	Buenos Aires	Montevidéu	México, D.F.	Amostra total
Educação (primária)										
Nenhuma	1,13	1,41	1,32	1,10	1,11	0,85	0,60	0,66	1,03	0,85
Secundária	0,67*,	0,70*	0,59***	0,52***	0,61***	1,47*	1,33	1,14	1,47*	1,32***
Renda[c] (não possui)										
Possui	0,34***	0,40***	0,73	0,37***	0,40***	4,84***	6,12***	5,15***	3,31***	4,70***
Cidade (São Paulo)										
Buenos Aires					1,26*					0,81*
Montevidéu					1,52***					2,04***
México, D.F.					1,59***					0,74**
N (número de casos)	2.114	1.030	1.426	1.202	5.772	2.114	1.030	1.426	1.202	5.772

Fonte: Pesquisa Sabe.

Níveis de significância: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

[a] A categoria de referência de cada co-variante aparece entre parênteses.

[b] Para idosos não-casados, nenhum co-residente significa estar morando só; no caso de idosos casados, significa estar morando somente com o cônjuge.

[c] Exclui ajuda financeira prestada por familiares ou amigos.

com que os idosos participam no processo de intercâmbio de apoio financeiro. Tomando-se os idosos residentes em São Paulo como referência, a probabilidade de receber auxílio em dinheiro é ligeiramente maior em Buenos Aires e substancialmente maior em Montevidéu e na Cidade do México. Quanto ao fato de prestar ajuda financeira, a probabilidade é significativamente maior em Montevidéu, porém menor em Buenos Aires e Cidade do México, comparativamente à cidade de São Paulo (Tabela 13).

6 CONCLUSÕES

O estudo mostrou que os idosos no Brasil e na América Latina em geral não apenas recebem, mas também prestam intensa ajuda na forma de bens, serviços, dinheiro e outros, caracterizando claramente as transferências de apoio informal entre o idoso e a família como um processo de intercâmbio recíproco entre gerações. Em especial, chamou a atenção o substancial fluxo de apoio financeiro verificado no sentido de pais idosos para filhos adultos em Fortaleza, revelando que os filhos, de maneira geral, continuam recebendo ajuda de seus pais até estágios avançados de suas vidas adultas. De fato, vários estudos acerca dos arranjos domiciliares dos idosos no Brasil sugerem ser uma parcela significativa da co-residência entre gerações, particularmente no Nordeste, mais diretamente associada às necessidades dos filhos adultos do que às de seus pais idosos [Saad (1996), Camarano (2003) e Delgado e Cardoso Jr. (2000)]. Portanto, ainda que extremamente modesta, a renda do idoso no Nordeste brasileiro — geralmente proveniente de aposentadoria ou pensão — parece estar se tornando uma importante fonte de sustento familiar.

Essa situação dá margem a duas avaliações importantes. Por um lado, o intenso fluxo de ajuda informal direcionado aos idosos estaria substituindo uma parcela importante do suporte que deveria ser transferido aos membros mais idosos da sociedade via instrumentos formais. Por outro, o fluxo no sentido inverso estaria explicitando as conseqüências perversas para os idosos de um contexto socioeconômico desfavorável, no qual eles não só vêem exaurir suas principais fontes de ajuda informal, como acabam eles mesmos por arcar com o ônus de se tornarem fonte de ajuda informal para seus familiares.

De maneira geral, os resultados mostram que a transferência de apoio entre gerações é fortemente mediada por características, recursos, oportunidades e necessidades tanto de uma quanto de outra geração. O tamanho da prole, por exemplo, associa-se positivamente com a probabilidade de o idoso receber ajuda financeira, embora não afete de maneira importante a sua probabilidade de prestar esse tipo de auxílio. O fato de estar casado, por outro lado, parece representar uma espécie

de "fator protetor" entre os idosos, haja vista o risco significativamente menor de apresentar dificuldades em atividades da vida diária entre os casados comparativamente aos não-casados. Os idosos casados também recebem e prestam ajuda financeira mais freqüentemente que os idosos não-casados, da mesma forma que mães e filhas, de modo geral, tendem a envolver-se com muito mais freqüência em transferências de apoio do que pais e filhos. Esse último fato, se bem que poderia estar indicando a existência de laços emocionais mais fortes entre mulheres do que entre homens de diferentes gerações dentro da família, certamente reflete a disseminação de valores tradicionais, segundo os quais a responsabilidade pelos cuidados de pais e filhos recai primordialmente sobre a mulher.[30]

As condições socioeconômicas dos idosos também apresentam efeitos importantes sobre as transferências informais de apoio. Níveis socioeconômicos mais elevados, por exemplo, diminuem significativamente a probabilidade de o idoso apresentar dificuldade em atividades funcionais e instrumentais da vida diária e aumentam de forma expressiva as suas chances de fornecer ajuda monetária. Níveis de educação mais reduzidos, por outro lado, aumentam significativamente a demanda por auxílio em atividades que requerem um maior discernimento intelectual por parte dos idosos, como, por exemplo, a manipulação do próprio dinheiro, o que fica evidenciado pelas maiores chances de receber ajuda em AIVDs entre os idosos sem instrução.

Um aspecto que mereceu destaque no estudo foi o importante papel desempenhado pela co-residência no processo de intercâmbio de apoio informal entre gerações. Assim como ocorre na maioria das regiões menos desenvolvidas, a co-residência no contexto brasileiro e latino-americano em geral tende a constituir-se em um elemento dos mais importantes dentro do processo de transferências intrafamiliares de apoio. Na medida em que uma parcela substancial das transferências se dá entre membros do mesmo domicílio, a co-residência nessas regiões é vista normalmente como um fator propulsor das transferências de ajuda, sobre as quais se apóia o bem-estar de uma parte significativa da população idosa. Em particular, os resultados mostraram ser a co-residência crucial, no caso de idosos *não-casados*, para a obtenção de certos tipos de ajuda que requerem maior proximidade física, como são aquelas que envolvem as atividades funcionais e instrumentais da vida diária. No caso dos idosos casados, porém, a co-residência tanto quanto o número de filhos vivos não apresentaram efeito significativo sobre as

---

30. De fato, o estudo de Fortaleza mostrou uma forte expectativa nessa direção. Todos os idosos da amostra que declararam não possuir nenhuma dificuldade em desempenhar atividades da vida diária foram inquiridos sobre a pessoa que eventualmente lhes prestaria ajuda em caso de necessidade futura. No caso de ajuda instrumental, 73,2% das respostas incidiram sobre uma filha. No caso de ajuda funcional, esse percentual aumentou para 79,2%.

chances de receber ajuda em atividades da vida diária, sugerindo serem os cônjuges os principais provedores desse tipo de auxílio.

Se, por um lado, são os membros co-residentes do domicílio — filhos, na maioria das vezes — que geralmente se responsabilizam pelos cuidados funcionais e instrumentais dos indivíduos idosos, os resultados sugerem a inexistência de barreiras geográficas no que tange ao intercâmbio de ajuda material. No caso específico da cidade de Fortaleza, o estudo mostrou a prevalência de importantes contribuições materiais de filhos não co-residentes, incluindo remessas financeiras daqueles que migraram para outras regiões do país.

Se bem que algumas transformações demográficas e socioeconômicas ora em curso na América Latina, tais como a maior participação da mulher no mercado de trabalho e um menor número de filhos, parecem ameaçar a disponibilidade futura de apoio informal ao idoso, é importante observar que esses mesmos fatores tendem a favorecer a ajuda informal ao idoso através de outros mecanismos. Por exemplo, uma autonomia financeira maior permitirá às mulheres prestar ajuda material com maior freqüência a seus pais ou parentes idosos, enquanto um menor número de filhos significará também um menor número de netos com quem irá disputar os recursos financeiros dos filhos adultos.

Embora as transferências de apoio informal se vejam fortemente afetadas por fatores demográficos e socioeconômicos, é importante observar que, mesmo depois de controlados os efeitos de tais fatores, diferenças importantes ainda permanecem entre as localidades consideradas em termos da intensidade com que ocorrem certos tipos de transferências de apoio intergeracionais. No contexto brasileiro, por exemplo, o intercâmbio de apoio se mostra muito mais intenso e generalizado em Fortaleza do que em São Paulo. Comparativamente aos idosos das demais cidades latino-americanas, por outro lado, é muito mais freqüente entre os idosos residentes em São Paulo reportar dificuldades e receber ajuda na excecução de AIVDs, porém muito menos freqüente receber ajuda de caráter financeiro. Mesmo tendendo a receber menos ajuda financeira, os idosos residentes em São Paulo tendem a prestar mais ajuda financeira que os idosos de Buenos Aires e Cidade do México. São os idosos de Montevidéu, porém, os que prestam ajuda financeira com maior freqüência.

Tais diferenças indicam a necessidade de investigações futuras que objetivem identificar fatores que estiveram ausentes neste estudo e que poderiam ser responsáveis pela existência de níveis mais elevados de transferências de apoio em algumas regiões em relação a outras. Por exemplo, seria interessante saber até que ponto normas culturais menos arraigadas em alguns contextos a respeito de obrigações

entre gerações ou laços familiares mais fortes em outros contextos poderiam estar por trás das importantes variações regionais observadas neste estudo.

Em vista dos grandes contrastes socioeconômicos vigentes na América Latina, um outro aspecto que mereceria atenção especial refere-se ao padrão diferenciado de envelhecimento populacional não só entre países, mas também dentro de cada um dos países da região. Em particular, futuros estudos deveriam incluir as áreas rurais. Na medida em que a urbanização é forjada em grande parte pela migração de jovens das áreas rurais para as cidades, as populações rurais tendem a permanecer proporcionalmente mais envelhecidas do que as urbanas. Nesse sentido, deveriam ser desenvolvidas análises comparativas a fim de investigar quão distintamente operam as transferências de apoio intergeracionais em contextos rurais e urbanos.

ANEXO

Nota a Respeito das Regressões Logísticas Utilizadas no Estudo

De maneira geral, os modelos ajustados por intermédio de regressões logísticas podem ser descritos por meio da equação:

$$\text{Log}\,\Omega = \beta_0 + \sum \beta_i X_i$$

onde:

Ω = logito P (log *odds*) = ln $[P/(1 - P)]$;

P = probabilidade de ocorrência do evento;

β_0 = termo constante;

β_i = coeficiente associado à *i*-ésima variável explicativa; e

X_i = *i*-ésima variável explicativa contida no modelo.

O método utilizado para o ajuste dos modelos foi o da máxima verossimilhança, no qual os coeficientes β_i são calculados de forma a maximizar a função L de máxima verossimilhança, que representa a probabilidade de observar a amostra estudada sob o pressuposto de que o modelo é verdadeiro.

Assim como em uma regressão múltipla ordinária, em que cada coeficiente pode ser visto como a magnitude da alteração sofrida pela variável dependente em decorrência do acréscimo de uma unidade na respectiva variável independente, controlando-se os efeitos das demais variáveis independentes, o coeficiente β_i da regressão logística pode ser interpretado como o efeito líquido de um incremento

unitário da variável explicativa X_i sobre o logito P. No caso de variáveis explicativas dicotômicas (*dummy*), os coeficientes β_i representam efeitos aditivos das variáveis sobre Ω.

Sendo Ω uma função monotônica crescente da razão de probabilidades $P/(1 - P)$, e esta, por sua vez, uma função monotônica crescente da probabilidade P, qualquer alteração em Ω implica diretamente uma alteração em P na mesma direção. Com isso, torna-se possível interpretar os coeficientes β_i como indicadores dos efeitos das variáveis explicativas, diretamente sobre a probabilidade P de ocorrência do evento estudado.

A regressão logística condicional difere da regressão logística convencional na medida em que os dados são estratificados, e a função de probabilidade é computada relativamente a cada estrato. Neste estudo, o estrato foi definido pelo conjunto de filhos vivos de cada idoso, com os modelos ajustados podendo ser expressos por meio da equação:

$$P(Y_i = 1) = \exp\left(\sum_{j=0}^{p} X_{ij}\beta_j\right) \bigg/ \sum_{m \in S_i} \exp\left(\sum_{j=0}^{p} X_{mj}\beta_j\right)$$

onde S_i representa o i-ésimo estrato — ou seja, o conjunto de filhos do i-ésimo idoso — e m o número de membros (filhos) desse estrato. O numerador considera a probabilidade de um determinado filho estar envolvido em um determinado fluxo de apoio com os pais idosos, ao passo que o denominador considera a probabilidade de envolvimento dos irmãos desse indivíduo em fluxos de apoio do mesmo tipo.

Embora o programa utilizado para rodar as regressões logísticas condicionais (STATA — clogit) é próprio para os casos em que ocorrem apenas um resultado positivo por estrato, ele também se ajusta para os casos de múltiplas respostas positivas, como é o caso deste estudo (dois ou mais irmãos podem haver recebido ou fornecido um mesmo tipo de ajuda aos pais). Nesses casos, o programa usa uma aproximação cuja precisão é uma função da proporção de respostas múltiplas em relação ao número total de estratos. Um indicador de precisão normalmente utilizado é dado por $(\alpha - 1) / \eta$, onde α é o número médio de respostas positivas por estrato e η o tamanho médio dos estratos. Sempre que o valor desse indicador for inferior a 0,2, a precisão pode ser considerada satisfatória. Neste estudo, o maior valor atingido por esse indicador foi 0,1 no caso do modelo referente à ajuda material fornecida ao idoso.

BIBLIOGRAFIA

ANTONUCCI, T. C. Social supports and social relationships. In: BINSTOCK, R. H., GEORGE, L. K. (eds.). *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1990.

BECKER, G. S. A theory of social interactions. *Journal of Political Economy*, v. 82, p. 1.063-1.093, 1974.

——————. *A treatise on the family*. Enlarged edition. Cambridge: Harvard University Press, 1991.

BELTRÃO, K. I., OLIVEIRA, F. E. B. de, PINHEIRO, S. *A população rural e a previdência social no Brasil: uma análise com ênfase nas mudanças constitucionais*. IPEA, 2000 (Texto para Discussão, 759).

CAMARANO, A. A. *Social policy and the wellbeing of older people at a time of economic slowdown. The case of Brazil*. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2003.

CAMARANO, A. A., EL GHAOURI, S. K. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, p. 281-306, 1999.

CRIMMINS, E. M., INGEGNERI, D. G. Interaction and living arrangements of older parents and their children: past trends, present determinants, future implications. *Research on Aging*, v. 12, n. 1, p. 3-35, 1990.

COWARD, R. T., DWYER, J. W. The association of gender, sibling network composition, and patterns of parent care by adult children. *Research on Aging*, v. 12, p. 158-181, 1990.

DELGADO, G. C., CARDOSO Jr., J. C. (org.). *A universalização dos direitos sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90: a experiência recente da universalização*. Brasília: IPEA, 2000.

DOWD, J. J. Exchange rates and old people. *Journal of Gerontology*, v. 35, p. 596-602, 1980.

EGGEBEEN, D. J., HOGAN, D. P. Giving between generations in American families. *Human Nature*, v. 1, p. 211-232, 1990.

HOYERT, D. L. Financial and household exchanges between generations. *Research on Aging*, v. 13, n. 2, p. 205-225, 1991.

IBGE. *Contagem da População 1966*. Rio de Janeiro, 2 v., 1997.

——————. *Censo demográfico*, 2000.

KIVETT, V. R., ATKINSON, M. P. Filial expectations, association, and helping as a function of number of children among older rural-transitional parents. *Journal of Gerontology*, v. 39, p. 499-503, 1984.

LEE, G. R. Theoretical perspectives on social networks. In: SAUER, W. J., COWARD, R. T. (eds.). *Social support networks and the care of the elderly*. New York, NY: Springer, 1985.

LILLARD, L. A., WILLIS, R. J. Motives for intergenerational transfers: evidence from Malaysia. *Demography*, v. 34, n. 1, p. 115-134, 1997.

LIN, G., ROGERSON, P. A. Elderly parents and the geographic availability of their adult children. *Research on Aging*, v. 17, n. 3, p. 303-331, 1995.

PALLONI, A., PELÁEZ, Y. M. *Sabe — survey on health and well-being of elders: preliminary report*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2002.

PNUD, IPEA, FJP e IBGE. *Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros*. Coleção Desenvolvimento Humano, Brasília, DF: PNUD (Projeto BRA/97/007), 1998.

RAMOS, L. R. *Estudo longitudinal com uma população de idosos residentes no município de São Paulo*. Projeto Integrado de Pesquisa: Setor de Geriatria e Gerontologia, Escola Paulista de Medicina, 1992, mimeo.

ROSSI, A. S. *Gender, personal traits, and the exchange of help between parents and adult children*. Paper apresentado no 81º Annual Meeting of the American Sociological Association, New York, 1986.

ROSSI, A. S., ROSSI, P. H. *Of human bonding: parent-child relations across the life course*. New York: Aldine de Gruyter, 1990.

SAAD, P. M. Living arrangements of the elderly in Northeast and Southeast/Brazil, 1980. *Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Abep, Caxambu, 1996.

__________. *Support transfers between the elderly and the family in northeast and southeast Brazil*. Austin: Universidade do Texas, Departamento de Sociologia, 1998 (Tese de Doutorado).

__________. Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en America Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas Sabe. *Notas de Población*, n. 77, p. 175-217, Santiago, Chile: Nações Unidas/Cepal,2003 (número de venda: S.03.II.G.171).

SAAD, P. M., CAMARGO, A. M. O envelhecimento da população brasileira. In: FSEADE. *O idoso na Grande São Paulo*. Coleção Realidade Paulista, São Paulo, 1990.

SHI, L. Family financial and household support exchange between generations: a survey of Chinese rural elderly. *The Gerontologist*, v. 33, n. 4, p. 468-480, 1993.

SOUZA, M. M. C. A importância dos rendimentos dos idosos nos rendimentos das famílias. *Como vai? População brasileira*. Brasília: Diretoria de Política Social do IPEA e Diretoria de Pesquisa do IBGE, dez. 1998.

SPEARE, A. Jr., AVERY, R., LAWTON, L. 1991. Disability, residential mobility, and changes in living arrangements. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v. 46, p. S133-S142, 1991.

SPITZE, G., LOGAN, J. Sons, daughters, and intergenerational social support. *Journal of Marriage and the Family*, v. 52, p. 420-430, 1990.

WOROBEY, J., ANGEL, R. Functional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v. 45, p. S95-S101, 1990.

CAPÍTULO 7

RELAÇÕES INTERGERACIONAIS E RECONSTRUÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR. POR QUE SE DEVE REPENSAR ESSA RELAÇÃO PARA O BRASIL?*

Ana Maria Goldani
Da Universidade da Califórnia (UCLA) e da Escola Nacional de Ciências Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ence/IBGE)

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da década de 1990 a renda das famílias brasileiras com filhos pequenos deteriorou-se, com relação à famílias de idosos. Ao mesmo tempo, há crescentes evidências de que os idosos aumentaram sua responsabilidade pela provisão econômica de seus filhos adultos e netos. Além disso, nesses últimos anos, os gastos sociais do governo federal têm favorecido os idosos. A associação desses fatores colocou a idéia de um emergente "conflito intergeracional" na agenda de acadêmicos, políticos e especialistas em políticas sociais.

O "viés geracional" é considerado crucial para a eficiência das políticas públicas no Brasil [Barros e Carvalho (2003)]. Esse argumento parece ser o que melhor representa o debate sobre a emergência de um "conflito intergeracional". Os autores sustentam que os programas sociais voltados para a redução da pobreza têm impactos positivos sobre todos os grupos etários, mas que essa redução foi muito mais efetiva entre os idosos quando comparada com crianças e adultos. Suas simulações sobre a incidência da pobreza nos grupos etários na ausência de programas governamentais de transferência de renda comprovam essa argumentação. Os resultados demonstram que a pobreza teria sido 60% superior entre os indivíduos com mais de 65 anos de idade, proporção maior do que a estimada para as crianças (entre 50% e 60%). No entanto, após as transferências de renda governa-

* Texto escrito originalmente em inglês, traduzido para o português por Maria Tereza Pasinato e revisado pela autora. Uma versão prévia deste trabalho foi discutida na Ence. A autora agradece a Kaizô Beltrão, Ana Amélia Camarano, Lena Lavinas, Aida Verdugo Lazo e Neide Patarra pelos generosos comentários, os quais contribuíram substanciamente para a atual versão. Agradece também a Edward Telles pelas discussões e comentários úteis.

mentais, o nível de pobreza entre as crianças torna-se três vezes maior do que o encontrado para os idosos. A pobreza entre os idosos fica inferior, também, quando comparada com a dos adultos da faixa etária de 25 a 65 anos [Barros e Carvalho (2003, p. 8)]. Essas estatísticas alimentam o debate emergente sobre o viés etário da distribuição dos recursos públicos, e o maior gasto social com idosos é considerado paradoxal em um país com uma população ainda relativamente jovem como é o Brasil.

As estatísticas oficiais mostram que mais de 2/3 das receitas líquidas do governo federal são usados para o financiamento de programas sociais. Entretanto, grande parte do gasto refere-se ao pagamento de aposentadorias e pensões, muitas vezes considerado regressivo. Em 2002, 73% do total das transferências de renda do governo federal foram gastos com aposentadorias e pensões, enquanto apenas 1,5% foi direcionado para o atendimento das famílias pobres através dos Programas de Renda Mínima [Brasil (2003)].[1] Esses dados foram apresentados no relatório do Ministério da Fazenda intitulado *O gasto social do governo central: 2001 e 2002*, documento que descreve a origem dos recursos e os gastos com programas sociais em saúde, educação, previdência social, programas de transferência de renda e outras atividades na área social. Esse relatório sugere, enfaticamente, a existência de um viés geracional nos gastos sociais, discute o impacto distributivo destes e faz comparações com outros países.

O Brasil apresenta uma das estruturas de distribuição de renda mais desiguais em todo o mundo e, mesmo com as transferências governamentais, a situação pouco parece se alterar.[2] Isso é o que sugerem as estimativas sobre o impacto das transferências monetárias e da tributação direta e indireta na distribuição de renda brasileira. O relatório oficial ressalta que aos 10% mais ricos correspondem 45,7% do total da renda bruta, enquanto a proporção relativa aos 10% mais pobres equivale a apenas 1%.[3] Uma outra avaliação dos dados desse relatório mostra que, apesar de a carga tributária brasileira corresponder a 36% do PIB e dos gastos sociais representarem mais da metade desses recursos, o Estado brasileiro não contribui significativamente para a redução das desigualdades [Lisboa e Siqueira (2003; p. 123)].

---

1. O documento é de autoria da Secretaria de Políticas Econômicas do Ministério da Fazenda, coordenado pelo economista Marcos Lisboa, e refere-se apenas ao gasto social do governo federal. Uma das críticas ao relatório refere-se ao fato de não terem sido considerados os gastos dos estados e municípios.

2. O Brasil ocupava a quarta posição entre os países com maiores desigualdades de renda no mundo, em 2002. Os três primeiros países encontram-se no continente africano (Namíbia, Lesoto e Serra Leoa). Ainda que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para o Brasil tenha melhorado de 0,644 em 1975 para 0,775 em 2002, o Brasil continua a ocupar a 72ª posição no *ranking* dos 177 países em 2002, tendo por base uma renda *per capita* anual equivalente a US$ 7.700, expectativa de vida de 68 anos, 13% da população sem acesso a água tratada e 86,4% da população adulta alfabetizados.

3. Renda bruta é considerada como a soma dos salários e transferências governamentais (aposentadorias e pensões, seguro-desemprego e outros mecanismos de apoio).

Outras interpretações sobre a natureza dos gastos sociais no Brasil, no entanto, não corroboram a idéia de um viés intergeracional. Lavinas e Garson (2003, p.148), por exemplo, sugerem que os altos níveis do gasto social com o sistema previdenciário revelam a enorme fragilidade do sistema de proteção social brasileiro, o qual não conta com políticas voltadas para a família que logrem abarcar a totalidade da população brasileira. Os autores argumentam, ainda, que não existe uma correlação direta entre a melhoria das condições dos idosos e a pobreza entre as crianças. Nessa mesma direção, Poschmann (2003) sugere cautela sobre a inversão dos temos do debate, pois não são os gastos sociais que determinam a desigualdade social brasileira e sim o contrário. Críticas ainda mais fortes referem-se ao fato de o relatório seguir uma ideologia de direita na tentativa de desvalorizar os gastos públicos sociais. O autor dessa crítica, Bresser-Pereira (2003, p.107), sustenta que tanto o gasto social em si como a sua qualidade apresentaram melhorias desde os anos 1980 e são indicativos do sucesso do regime democrático brasileiro.

Portanto, a exemplo do que ocorreu em outros países, o "conflito entre gerações" no Brasil se atual ou percebido, real ou inventado, tornou-se um dos temas centrais na discussão política e também de conhecimento popular através da mídia. Cotidianamente, as manchetes dos jornais ressaltam que a pobreza no Brasil é identificada com mulheres e crianças.[4] Um dado que se deve ter presente é que em 2001 as crianças brasileiras, com até 16 anos, representavam cerca de 30% da população total, enquanto os idosos, com mais de 65 anos, representavam 5,6%. Enquanto as crianças concentram-se no extremo inferior da distribuição de renda brasileira, os idosos concentram-se nos níveis mais altos. Entre 50% e 54% da população nos dois decis inferiores da distribuição de renda são crianças, ao passo que nos dois decis superiores da distribuição essa proporção corresponde a apenas 17% e 20%, respectivamente. Por outro lado, os idosos representam 1% e 2% da população nos dois decis inferiores da distribuição de renda e 14% e 12% nos decis superiores [Lavinas e Garson (2003, p.151)].

O "conflito entre gerações" deve ser entendido no contexto mais amplo do debate internacional sobre a necessidade de se repensar o Estado de Bem-Estar e as alternativas de sistemas de proteção social nos países em desenvolvimento [Esping-Andersen *et alii* (2002)]. Isso está relacionado, também, com as preocupações demográficas internacionais, tais como o envelhecimento populacional, o cuidado com os dependentes e a pobreza. Nessa perspectiva, a solidariedade

4. A pobreza tem uma nítida cara, diz a manchete jornalística ao anunciar as estatísticas do Cadastro Único, base de dados oficial das famílias pobres do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Os mais pobres são normalmente mulheres e crianças. O perfil dos pobres mostra que 1 em 4 pobres possui idade entre 7 e 14 anos; mais da metade são mulheres (52%); e 56% são analfabetos ou não conseguiram completar a quarta série .

intergeracional surge como um dos três princípios do Plano de Madri para o Envelhecimento,[5] o qual propõe "assegurar um entorno propício para os idosos". Para o Plano de Madri, a solidariedade entre as gerações, em todos os níveis — família, comunidade e Estado —, é fundamental para se alcançar uma sociedade para todas as idades.[6]

A preocupação maior deste capítulo é participar das discussões sobre o vínculo entre as relações intergeracionais e a reconstrução do Estado do Bem-Estar Social no Brasil, e apontar para dois pressupostos do debate que consideramos questionáveis:

1) A existência de um emergente "conflito entre gerações" ou um "novo" problema de gerações, marcado pela disputa de recursos entre os grupos etários, particularmente entre as crianças e os idosos.

2) A dicotomização do mundo social entre as esferas macro e micro. A macro é associada à esfera pública (masculina) e está mais valorizada. A micro está associada às famílias e às mulheres. A solidariedade entre os membros da família é tida como dada em um modelo idealizado de família, onde as relações de gênero não são consideradas.

Para discutir esses pressupostos, consideramos duas formas de contratos sociais intergeracionais, os quais, implícita ou explicitamente, estabelecem formas de intercâmbio nas sociedades, com base nos valores e normas dominantes.[7] Ainda que implícitos no debate sobre o "conflito entre gerações" brasileiro, esses contratos nem sempre são considerados ou claramente identificados. São eles: *a*) o contrato social formal da política, baseado nas transferências intergeracionais diretas, que ocorre através da imposição tributária, do gasto social e do sistema de pensões e aposentadorias públicas; e *b*) o contrato social informal entre o grupo de parentesco ou família, baseado em normas, obrigações e intercâmbios entre as gerações. As relações intergeracionais são definidas em termos de grupos etários, para o caso do contrato formal da política social, e entre os membros da família, no caso do contrato social informal.

---

5. Os três princípios do Plano de Madri para o Envelhecimento de 2002 são: *a*) assegurar a participação dos idosos na sociedade e no desenvolvimento, bem como no combate a pobreza; *b*) promover o envelhecimento saudável; e *c*) assegurar um entorno propício ao envelhecimento.

6. Para maiores detalhes, ver Camarano e Pasinato neste livro.

7. A idéia de contrato social surge nos trabalhos de Thomas Hobbes, que em 1651 sugeriu ser conveniente que os indivíduos renunciassem a suas vontades em favor da autoridade maior do Estado. No Estado ideal de Hobbes, esse contrato era a primeira transição do estado da "natureza" para o estado "civilizado", o qual dependeria, para sua preservação da inclinação, das vontades dos indivíduos para o contrato [Quadagno, Aschebaum e Begston (1993, p. 264)].

Este capítulo enfatiza, também, o estreito vínculo entre os contratos sociais, o formal da política e o informal da família, destacando o fato de que as relações intergeracionais são diferenciadas por gênero.[8] Para discutir isso, apresentamos algumas experiências internacionais — Japão, Brasil e Chile — que mostram a importância de políticas governamentais que compartilham com as famílias a responsabilidade pelo cuidado dos seus dependentes, e como modelos alternativos de reforma dos sistemas de pensões e aposentadorias têm efeitos distintos para a eqüidade de gênero.

No contrato social formal da política, a natureza das relações intergeracionais ganha destaque quando se discutem políticas de combate à pobreza. O viés etário é constantemente apontado e os economistas sugerem que as políticas devem dar prioridade às crianças, uma vez que as mesmas são um investimento social [Neri (2004) e Barros e Carvalho (2003)]. Parte da preocupação com um "viés geracional" parece resultar de diferentes visões de modelos de proteção social e de estratégias de políticas, em que a adoção de políticas universais, *vis-à-vis* políticas focalizadas para a erradicação da pobreza, emerge como uma questão central.

A preocupação com as relações intergeracionais, sob a ótica do contrato informal familiar, restringe-se a análises sobre o envelhecimento. Nestas se reconhece a família como fonte provedora de suporte aos idosos, quer através da coresidência, quer através das transferências de renda, bens e serviços [Saad (1999 e 2002) e Camarano *et alii* (2003)]. Essas transferências de recursos se verificam em ambas as direções, dos filhos adultos para os pais idosos e vice-versa. Ainda que essas relações sejam, algumas vezes, apresentadas em termos de um conflito potencial entre os membros da família, esses estudos são hoje no Brasil, bem menos radicais em termos da emergência de um "conflito entre gerações".

A percepção do conflito intergeracional entre os grupos etários, bem como entre os membros da família, aparece estreitamente associada a inseguranças maiores, resultantes das transformações sociais e econômicas ocorridas no Brasil. Grupos de trabalhadores como os da indústria, protegidos até há pouco tempo, hoje enfrentam elevados riscos de desemprego, famílias com crianças apresentam crescentes níveis de vulnerabilidade, os sistemas de aposentadorias e pensões públicas sofreram cortes e as desigualdades de renda permanecem inalteradas. Tudo isso aumenta as preocupações com a questão da justiça social entre as gerações.

8. Este capítulo dá continuidade à discussão sobre mudanças nos contratos sociais no Brasil, que iniciamos em outro trabalho, na primeira edição deste livro. Aí discutimos as mudanças nos contratos sociais de gênero e o significado destas em termos de cuidado para os idosos. Ao tratar as relações intergeracionais, mostramos como as trajetórias das mulheres de diferentes coortes de nascimento junto com suas estruturas familiares foram importantes para as possibilidades de essas mulheres serem cuidadas nas idades mais avançadas [Goldani (1999)].

As abordagens teóricas sobre as relações intergeracionais no contrato formal da política variam. No entanto, existe um modelo convencional de análise, muito utilizado nos Estados Unidos, que parece servir de referência para o atual debate brasileiro. Trata-se do modelo de "eqüidade intergeracional", que, em um sentido amplo, significa "justiça distributiva entre as gerações" e é inspirado na perspectiva sociológica da estratificação por idade. Associado a esse modelo encontra-se uma aceitação inquestionável da existência de um conflito de interesses entre as gerações e de um determinismo demográfico estreitamente relacionado com a política social. Uma outra abordagem teórica de análise das relações intergeracionais e o *welfare* é a "economia política do envelhecimento", a qual se contrapõe ao modelo de eqüidade. A economia política do envelhecimento considera o contrato intergeracional em termos dos papéis socialmente construídos, de relações, dependências e obrigações tanto em nível micro (família e grupo de parentesco) quanto em nível macro (Estado e políticas públicas) [Walker (1993)]. Grande parte dos estudos sobre as relações intergeracionais, em ambas as perspectivas, reconhece a existência de algum conflito entre as gerações, no entanto, diverge em termos explicativos da natureza do conflito.

Uma questão metodológica que perpassa o debate do conflito entre as gerações diz respeito a forma tradicional de diagnósticos das políticas sociais. Baseados em uma fotografia de momento estes podem, facilmente, levar-nos à conclusão de que os idosos e os jovens estão em um processo de enfrentamento [Esping-Andersen e Sarasa (2002)]. A identificação dos problemas que mais requerem atenção está, quase sempre, baseada em uma metodologia estática da realidade atual, não captando a dinâmica das múltiplas possibilidades de vida dos cidadãos. Quer dizer, é necessário ter presente que "a principal questão do bem-estar não é tanto saber quantos indivíduos, em um certo momento, estão mal-remunerados e sem teto, mas quantos, provavelmente, permanecerão nesta condição" [Esping-Andersen *et alii* (2002; p. 6)].

Uma outra questão, que não aparece no debate brasileiro atual, é como alocar as responsabilidades pelo bem-estar entre o mercado, as famílias e o Estado? O desafio para responder corretamente a essa questão parece estar no entendimento de que o "mundo real" do bem-estar é um produto dessas três dimensões — mercado, famílias e Estado — também denominados os "pilares do bem-estar". Se um dos pilares não corresponde às expectativas, existe sempre a possibilidade de que os dois remanescentes possam absorver a responsabilidade ou, alternativamente, que os problemas de bem-estar não-resolvidos aumentarão ainda mais [Esping-Andersen *et alii* (2002, p. 13)].

Preocupados com o debate sobre as relações intergeracionais no contexto brasileiro, propomos que se preste mais atenção para a diversidade de interpretações e concepções programáticas das políticas sociais no contexto das expressivas desigualdades do país. Os distintos e muitas vezes opostos discursos públicos sobre as necessidades da população e as propostas de programas sociais constituem uma dimensão importante do debate. Grupos com recursos desiguais competem para estabelecer como hegemônicas suas respectivas interpretações e legitimar suas necessidades sociais [Fraser (1990)].[9] Por exemplo, análises sobre o desempenho da política social brasileira na década de 1980 ressaltam a presença de atores-chave (elite técnica, setores sindicalizados e clientes beneficiários) e a articulação de seus interesses. O mesmo ocorre na década de 1990, quando se aponta para o importante papel das ações coletivas e dos *lobbies* na negociação sobre o futuro da previdência social [Vianna (1998)].

Adiantando algumas das conclusões deste capítulo, sugerimos que haveria suporte empírico para o argumento de um "viés geracional" na alocação dos recursos sociais favorecendo os idosos no Brasil hoje. Entretanto, lembramos que a divisão de recursos entre crianças e idosos se torna muito menos conflitiva quando não é vista como uma soma zero, mas na perspectiva das muitas carências e desigualdades, bem como da falta de uma política social para famílias.

Com relação aos dois pressupostos mencionados, presentes, sobretudo, nas discussões de políticas sociais, algumas de suas conseqüências seriam: a ausência de análises integradas das necessidades e demandas por cuidados de crianças e idosos à luz dos serviços oferecidos pela família, o governo e o mercado; a não-avaliação das conseqüências dos diferentes programas sociais voltados para famílias; pouca consideração das múltiplas desigualdades sociais; propostas de políticas sociais desvinculadas das políticas de emprego; e uma visão compartimentalizada das políticas e, em geral, em termos neutros de gênero.

Finalmente, sugerimos que uma alternativa de política não pode ser simplesmente a defesa de um modelo tradicional de proteção social ou a provisão das necessidades básicas. Tampouco, que se pode igualar insegurança e desespero da população com pobreza, porque isso levaria a uma aceitação inquestionável de

9. De acordo com Fraser, existem três tipos de discursos sobre as necessidades da população nas sociedades de capitalismo tardio: 1) O discurso de "oposição", que emerge quando as necessidades são politizadas desde baixo. Estes contribuem para a cristalização de novas identidades sociais por parte dos grupos sociais subordinados; 2) o discurso da "reprivatização", o qual emerge como resposta ao primeiro. Trata de articular as interpretações sobre as necessidades que passavam desapercebidas; e 3) o discurso dos "especialistas", que trata de ligar os movimentos populares com o Estado. Estes discursos podem ser entendidos na linha de busca de resolução de problemas sociais, de construção das instituições e formação de uma classe de profissionais. Em geral, é na polêmica interação desses três discursos sobre as necessidades que se estruturam as políticas sociais [Fraser (1990, p. 209)].

que o crescimento econômico seria a única via para propiciar e aumentar o bem-estar da população. A proposta é de que avancemos no processo de construção do sistema universalista de proteção social, com base na Constituição de 1988, e que enfatizemos um sistema integrado de políticas sociais. Concluímos sobre a necessidade de desatrelar o debate do Estado de Bem-Estar da armadilha dos argumentos econômicos e dos gastos públicos; restaurando o *welfare* em seus propósitos originais e ampliando a concepção de bem-estar individual para todas as esferas da vida econômica e social.

2 ALGUNS ASPECTOS DO DEBATE

2.1 Qual Estado de Bem-Estar?

Existem várias interpretações sobre o modelo de sistema de proteção social construído ao longo da segunda metade do século XX no Brasil. Draibe (1993) considera que existe um modelo de Estado de Bem-Estar do tipo conservador-corporativo até os anos 1980, enquanto Vianna (1998) caracteriza-o como neocorporativista e americanizado. Outros autores consideram que, mesmo contando com um sistema de proteção social amplo, o Brasil nunca adotou, de fato, um Estado de Bem-Estar nos moldes universalistas, tal como os europeus [Poschmann (2003) e Lavinas e Garson (2003)].

De acordo com Draibe (1990), o modelo de Estado de Bem-Estar existente no Brasil seria do tipo meritocrático-pluralista ou conservador-corporativo, e portanto diferenciado dos clássicos modelos residual ou universalista. Esse modelo reconhece que os indivíduos devem ser capazes de resolver suas próprias necessidades, baseados no seu trabalho e na sua produtividade. As políticas sociais atuariam apenas parcialmente, de forma a corrigir o processo alocativo do mercado e das instituições públicas, atrelando o emprego ao acesso a benefício. Nesse sistema corporativo e estratificado, os benefícios são diferenciados em função das categorias profissionais [Draibe (1993; p. 8)]. A Constituição de 1988 procurou redirecionar o sistema para um modelo de proteção social institucional-redistributivo ou mais universalista e equânime [Draibe (1993, p. 23)]. Os critérios de elegibilidade para os benefícios foram redefinidos e a sua cobertura ampliada. A Constituição definiu um sistema composto por: Previdência Social, Assistência Social e Saúde. Entre os principais aspectos do novo sistema encontram-se: a universalização da cobertura, a equivalência entre os benefícios dos trabalhadores rurais e urbanos, a seletividade na concessão dos benefícios, a irredutibilidade do valor dos mesmos, a equanimidade dos custos, a diversificação das fontes de financiamento, a descentralização e a participação dos trabalhadores na administração do sistema.

Como resultado da nova Constituição, os benefícios não-contributivos tornaram-se a novidade das políticas sociais brasileiras na segunda metade da década de 1990. Atualmente, eles representam uma importante parte do sistema de seguridade social brasileiro e desempenham um papel essencial em termos de garantia de melhores condições de vida para a população em geral e particularmente para os idosos. São eles: o benefício de prestação continuada (BPC), que consiste na garantia de 1 salário mínimo por mês para os idosos com mais de 65 anos, não elegíveis para os benefícios contributivos, e que vivam em famílias cuja renda mensal seja inferior a 1/4 do salário mínimo[10] e a aposentadoria por idade dos trabalhadores rurais, equivalente a 1 salário mínimo para as mulheres aos 55 anos de idade e para os homens aos 60 anos, os quais não necessariamente contribuíram para o sistema previdenciário.[11]

Em termos legais, o sistema de proteção social brasileiro é bastante avançado e parece oferecer as bases para uma noção mais ampla de bem-estar para a maioria dos cidadãos brasileiros. O debate corrente, no entanto, chama a atenção para as dificuldades de financiamento das aposentadorias rurais em bases universais e para os desequilíbrios do sistema previdenciário de forma geral. Grande parte do debate está baseada em argumentos voltados para o mercado sobre a necessidade de privatização e seletividade do sistema.[12] A polêmica não parece ser tanto em termos do tipo de regime, mas se as políticas sociais devem ser universais ou focalizadas. O que parece ocorrer é um mal-entendido entre o que vem a ser política social e política de combate à pobreza, onde os políticos e os formuladores de políticas parecem esquecer que esta ultima é um requerimento da primeira. De acordo com Lavinas e Garson (2003, p. 147), isso não é meramente uma coincidência e sim o reflexo de uma vertente de pensamento que privilegia a "securitização da proteção social".

Inspirada no modelo de proteção social neoliberal, a política social é reduzida a uma simples questão de combate à pobreza. O argumento central é de que a promoção do crescimento econômico com base em mercados competitivos é a única forma de melhorar o padrão de vida dos mais pobres. A atratividade desse modelo é baseada em sua lógica aparentemente coerente e simples, e também por

10. O BPC também atende aos portadores de deficiência [ver Delgado e Cardoso Jr.; Saboia; Beltrão *et alii*; e Camarano e Pasinato, neste livro].

11. A previdência social rural também beneficia pescadores e garimpeiros (ver capítulos de Delgado e Cardoso Jr.; Saboia; Beltrão *et alii*; e Camarano e Pasinato).

12. Do ponto de vista neoliberal, as possíveis soluções residem no mercado, a privatização é sinônimo de lucros e seletividade com assistencialismo [Vianna (1998, p. 12)].

ser este o adotado na principal potência mundial, assumindo-se inclusive que esta seja uma das precondições de seu sucesso. Entretanto, como tantas experiências internacionais têm demonstrado, essa concepção de política social é indiferente ao processo de desestruturação, alienação e desespero atravessado por muitos países em desenvolvimento e, até mesmo, dos desabrigados, famintos e excluídos das nações ricas.

Da mesma forma, Vianna (1998) considera que o modelo de proteção social brasileiro está se "americanizando". Ao analisar as condições externas que influenciaram o sistema de proteção social desde os anos 1960, o autor ressalta que as relações entre o Estado e a sociedade, particularmente em termos das articulações de interesses, foram "americanizadas". Isso ocorre, especificamente, na expansão das políticas sociais influenciadas pelo neocorporativismo e pelos *lobbies*, que intermediam as demandas, ao invés de representarem a ampla variedade de interesses sociais no desenho da proteção social. Assim, esse sistema permanece conceitualmente universal, porém substantivamente seletivo [Vianna (1998)]. Esse autor apresenta duas características da sociedade brasileira que reforçam esse modelo: a extrema permeabilidade ao particularismo e um mercado de trabalho segmentado, heterogêneo e excludente.

A natureza do sistema de proteção social brasileiro encontra-se em uma encruzilhada. O sistema tornou-se cada vez mais residual e com uma mistura de acesso condicionado e altamente restringido, contrariando o espírito universalista-redistributivo da reforma social que culminou com a criação do sistema de seguridade social pela Constituição de 1988, e que inspirou e legitimou as propostas para a criação de uma renda mínima de cidadania [Lavinas (2004, p. 4)]. Na mesma linha crítica, Pochmann (1993, p. 109) sugere que a "acusação de que o custo social é elevado, mal focalizado e supostamente voltado para os mais privilegiados, parece ser uma importação brasileira do discurso de economistas liberais anglo-saxões, desenvolvido como uma crítica ao Estado de Bem-Estar europeu, supostamente ineficiente e excessivamente generoso". No entanto, de acordo com o mesmo autor, diferentemente do caso europeu, o Brasil nunca chegou a constituir um Estado de Bem-Estar ou mesmo uma "sociedade assalariada" com base nos direitos coletivos para todos os trabalhadores. Os padrões de consumo dos mais pobres, minimamente permitem sua subsistência, e as relações com o mercado de trabalho são normalmente precárias. De acordo com Pochmann (2003, p. 111), os brasileiros não contam nem com uma cidadania econômica nem com uma social.

2.2 Qual Família?

Uma imagem idealizada de família influencia o debate sobre o "conflito entre gerações" e a solidariedade intrafamiliar. A solidariedade entre os membros da família é tida como dada, desconsiderando-se as contradições e conflitos em nível de tensões emocionais e de condições do cotidiano. Existe um consenso de que as famílias representam a arena onde as relações se desenvolvem, e os mecanismos de apoio são moldados pelos valores e pelas experiências que envolvem ou são modificados ao longo de todo o ciclo de vida. No entanto, o que parece difícil de ser incorporado ao debate é o importante conceito de família proposto por Amartya Sen, de que "família é um espaço de conflito cooperativo", bem como o fato de que existe uma diversidade de arranjos sexuais, nos quais o gênero e a idade definem, em grande medida, a trajetória de vida individual e o estágio do ciclo de vida familiar.

As famílias estão mudando tanto em termos de forma quanto de significado, expandindo-se para além da estrutura das famílias nucleares, de forma a abarcar uma rede de relações de parentesco e de não-parentes gerada pelos casamentos, divórcios e recasamentos. As fontes de dados secundários sobre as famílias são cada vez menos capazes de oferecer um bom quadro do que ocorre dentro destas. As informações sobre a diversidade dos arranjos sexuais, a organização das relações de gênero e dos serviços domésticos e de responsabilidades pelo cuidado dos filhos raramente estão disponíveis no Brasil. Tudo isso tem servido de justificativa para que se continue a utilizar o casal heterossexual com (poucos) filhos como sinônimo de família-modelo para a formulação de políticas.

As mudanças nos domicílios brasileiros são visíveis, mesmo utilizando as fontes de dados tradicionais, e estas mostram que o tipo de família e o estágio do ciclo de vida da família são aspectos importantes para a determinação da qualidade de vida de seus membros. Com uma taxa de fecundidade de aproximadamente 2,4 em 2001 e expressivos segmentos da população urbana sob um regime de fecundidade abaixo do nível de reposição, é difícil atribuir a pobreza das famílias brasileiras a um grande número de filhos. Esse argumento é reforçado pelas evidências de que as desigualdades salariais representam a principal explicação para as diferenças de renda entre as famílias brasileiras ricas e não-ricas [Medeiros (2004)].

Em 2001, ao redor de 80% da população brasileira viviam em áreas urbanas e em domicílios organizados em torno do grupo de parentesco. Dos 39,6 milhões de domicílios urbanos, aproximadamente 86% estavam organizados em torno de diferentes tipos de famílias e os outros 14% eram do tipo "não-famílias", ou seja,

formados por indivíduos que viviam sozinhos ou por grupos de indivíduos sem relações de parentesco e onde não há um núcleo conjugal. O crescimento no número dos domicílios nas últimas décadas se deve, principalmente, ao aumento dos não-familiares e particularmente das pessoas que vivem sozinhas.[13]

No período 1990-2001 os domicílios com famílias aumentaram ao redor de 45%, enquanto os arranjos "não-familiares" aumentaram em cerca de 75%. Entre os domicílios familiares, predominam aqueles arranjos do tipo nuclear (81% e 80%), comparativamente às famílias extensas (18% e 19%) e às famílias complexas (1,3% e 0,9%). Em termos dos estágios do ciclo de vida familiar, embora mais da metade das famílias esteja no estágio de expansão e/ou de consolidação[14] (55% em 1990 e 52% em 2001), uma grande proporção de famílias brasileiras é "madura", ou seja, aproximadamente 23% e 29% das famílias são constituídas por um ou por ambos os pais sem filhos com menos de 19 anos de idade ou por um casal sem filhos em que a mulher (esposa ou chefe da família) tinha mais de 40 anos. Por outro lado, somente 22% e 19% das famílias encontram-se na fase inicial de sua formação, respectivamente em 1990 e 2001.

Dados os propósitos deste capítulo, destacamos as tendências e a diversidade dos domicílios familiares com filhos. As famílias com filhos representavam aproximadamente 77% e 74% do total de domicílios em 1990 e em 2001, respectivamente. De acordo com as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1990 e de 2001, algumas das principais tendências e mudanças nas famílias com filhos são:

1. A maioria das crianças vive em famílias com os pais presentes, embora haja um crescente aumento de crianças vivendo em famílias monoparentais. A distribuição das famílias com crianças (20.500 em 1990 e 29.209 em 2001) mostra que o tipo biparental nuclear representa 67% e 63% e o monoparental nuclear, 12,4% e 15,6%. Outros dois tipos de famílias com crianças são as famílias extensas (19,3% e 20,3%) e "complexas" (1,3% e 1,0%), respectivamente, em 1990 e 2001.

---

13. Os dados aqui utilizados resultam das tabulações especiais geradas pela Comissão Econômica para a América Latina (Cepal)/Nações Unidas para o documento que estamos elaborando para o Brasil, em conjunto com Aida V. Lazo, e que integra o projeto da Reunião sobre Mudanças nas Famílias e Necessidades de Políticas Públicas na América Latina.

14. O estágio inicial do ciclo vital familiar considera famílias recém-formadas, sem filhos ou com filhos menores de cinco anos, o estágio de expansão se refere a famílias nas quais o filho mais velho está entre 6 e 12 anos, a etapa de consolidação se refere às famílias com um filho entre 13 e 18 anos ou com vários filhos, onde um deles é menor de 19 anos mas não estão nem na fase inicial ou de expansão do ciclo vital. No estágio de "encolhimento" das famílias, estas não contam com filhos menores de 19 anos e um último estágio é o do "ninho vazio", no qual os casais são mais velhos e já não contam com filhos residindo com eles.

2. As famílias nucleares biparentais com filhos apresentam um número médio de filhos de 2,4 e 2,1, respectivamente, em 1990 e 2001, e encontram-se entre as famílias mais pobres. Mais de 1/3 destas eram pobres ou indigentes em 1990, 38% em relação a 33% em 2001. Essa situação de pobreza foi ainda maior para famílias em certos estágios de desenvolvimento do ciclo familiar. É na fase de "expansão" do seu ciclo de vida que as famílias nucleares biparentais experimentam suas maiores dificuldades econômicas. Aproximadamente 43%, em ambos os anos, eram pobres.

3. As menores proporções de famílias nucleares biparentais pobres e indigentes em 2001 sugerem alguma melhoria em suas condições na última década. Entretanto, vale destacar que as desigualdades internas não se alteraram, tendo mesmo se acentuado. Por exemplo, aumentou a concentração dessas famílias nos dois quintis mais baixos da distribuição de renda em 2001 (24% e 23%) na comparação com o ano de 1990 (20% e 21%).

4. A desigualdade de renda entre famílias biparentais reflete, também, as desigualdades raciais e regionais. Um terço das famílias brancas com crianças estava concentrado no quintil superior em 2001, enquanto menos de 10% de famílias de negros e pardos encontravam-se nessa situação. As comparações regionais mostram que enquanto 1/4 das famílias biparentais em São Paulo encontra-se nos quintis mais elevados da distribuição de renda, a proporção comparável para as famílias da região Nordeste é de apenas 3%.

5. As desigualdades de raça e entre as regiões no que se refere à distribuição de renda piorou entre as famílias nucleares biparentais com filhos entre 1990 e 2001. Ainda que tenha se verificado uma crescente concentração de todas as famílias no quintil inferior, esta foi maior para os pardos e para a região Nordeste. Assim que, ao mesmo tempo, que se acentuaram as desigualdades internas de renda entre as famílias, também se acentuaram as disparidades por região e raça .

A crescente diversidade e fluidez nos arranjos familiares aumenta as possibilidades de trocas intergeracionais mais igualitárias e democráticas, mas também pode provocar inseguranças e incertezas. Alguns exemplos a respeito seriam: *a*) o aumento da longevidade, que vem acompanhado de uma probabilidade maior de os indivíduos enfrentarem incapacidades físicas ou mentais por períodos mais longos; *b*) a maior instabilidade das relações e os divórcios nas últimas décadas, que contribuem para enfraquecer a habilidade das famílias nucleares em prover o apoio aos seus dependentes; e *c*) a revolução reprodutiva, através da qual a reprodução foi separada não apenas dos casamentos mas também do gênero, da idade e

do próprio ato sexual, desafia as tradicionais definições de direitos e responsabilidades de pais e filhos e a noção tradicional de parentesco. Tudo isso redefine o "contrato implícito" nas famílias, pelo qual os pais cuidam dos filhos e esperam ser cuidados por eles nas idades avançadas. As relações de cuidado dentro das famílias são cada vez mais importantes para as mulheres, principais cuidadoras, na maioria das sociedades. Estas aumentaram sua participação no mercado de trabalho e a intensidade de suas atividades de cuidar enquanto os serviços públicos de apoio diminuíram.

No Brasil, a Constituição de 1988 considera responsabilidade da família, da sociedade e do Estado dar suporte aos idosos, assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar, bem como garantir o seu direito à vida (artigo 230). No primeiro parágrafo desse artigo constitucional é dito também que os programas de apoio para os idosos devem ser realizados, preferencialmente, dentro de seus domicílios. Assim que, na atribuição de responsabilidades, a família vem primeiro. Novas leis e diversas medidas práticas foram empreendidas pelo Estado visando proteger a população idosa contra a discriminação, a violência e as dificuldades econômicas. A Política Nacional do Idoso, de 1994, e o Estatuto do Idoso de 2003, são alguns exemplos dessas medidas legais.

O alargamento das fronteiras do grupo de parentesco é um outro elemento a considerar no debate sobre as relações intergeracionais e as demandas por recursos e cuidados entre os membros das famílias. Resultado das transformações demográficas, particularmente do aumento da esperança de vida e dos novos padrões de nupcialidade, casamentos, divórcios e recasamentos, os limites do grupo de parentesco se ampliaram de forma a incluir novos membros nas famílias. Isso dá origem a uma rede complexa de relacionamentos ou a uma "matriz latente de parentesco" que Riley e Riley Jr. (1993) definiram como sendo uma rede flexível potencial que se poderia ativar para intensificar relações pessoais. Essa "matriz latente de parentesco" pode ser vista como uma rede de proteção com significativas conexões para escolher em caso de necessidade. No futuro, ela pode conter estruturas relacionais inimagináveis em conseqüência da revolução reprodutiva. Por exemplo, os filhos *in vitro* podem ter até cinco pais, não contando com mudanças de possíveis novos casamentos: uma mãe doadora, uma mãe de nascimento, uma mãe social (responsável pela criação da criança), um pai doador e um pai social.

Paradoxalmente, as múltiplas e potenciais novas conexões dentro de um grupo de parentesco ampliado, não necessariamente contribuiriam para exacerbar conflitos entre as gerações. Ao contrário, Riley e Riley Jr. (1993, p. 188) sugerem que,

pelo fato de essas relações serem opcionais, mais do que contratuais e obrigatórias, apresentariam grandes possibilidades de servir de elemento moderador de conflitos intergeracionais e mesmo de desigualdades percebidas.

2.3 Conceitos e Abordagens Teóricas

No debate sobre as relações intergeracionais e a reconstrução do Estado de Bem-Estar os conceitos e as abordagens teóricas são cruciais para entender os diferentes discursos e posições. Um primeiro aspecto conceitual que se deve considerar refere-se à definição de "geração". Thomson (1993, p. 126) nota que geração pode significar tudo ou nada para um conjunto de conceitos que se esconde por trás de um única palavra. Cobre aspectos tão vagos como a dimensão de tempo, que pode ser de uma extensão aproximada de 25 anos, um ponto particular no passado, ou todos aqueles vivos em algum momento do tempo. Esse mesmo autor sustenta que o debate sobre gerações nos Estados Unidos está demasiadamente focalizado na previdência social e na distribuição dos gastos públicos. Dessa forma, o conceito tem uma forte conotação política porque, para muitos, o único interesse nas geração reside na possibilidade de ela ajudar a explicar a atual política. Se isso não acontece, o conceito perde sua importância.

Portanto, é preciso ter claro o conceito de geração com o qual se trabalha. As noções mais comuns remetem as relações familiares aos grupos de idade e às coortes, definidas como sendo os indivíduos que compartilharam uma experiência comum em um certo período [Bengston e Aschenbaum (1993)]. Entretanto, uma leitura mais atenta dos conceitos de geração sugere a necessidade de distinção entre coortes ou grupo etário (aqueles indivíduos que nasceram aproximadamente no mesmo momento do tempo cronológico) do termo geração (ordenação descendente dos membros familiares). O mesmo estudo sugere que há quatro termos principais em uso na análise social e de políticas para definir geração: *a*) geração como uma coorte de idade, operacionalizada como um grupo nascido entre um intervalo de cinco ou dez anos. Critério utilizado para análises em nível macrossocial; *b*) geração como uma linha descendente de parentesco, operacionalizada como a sucessão social/biológica e utilizada para análises em nível micro; *c*) geração como geração histórica ou subgrupos de coortes de idade (elites), operacionalizada como um movimento social conduzido por subgrupos etários em níveis macrossociais de análise; e *d*) geração como um grupo de idade operacionalizado por coortes e em nível macrossocial da análise [Bengston (1993, p. 11)].

Entre a variedade de abordagens teóricas presente no debate das relações intergeracionais destacamos as duas mais recorrentes na literatura brasileira: a

sociologia da estratificação por idades e a economia política do envelhecimento. Essas duas abordagens compartilham da premissa de que o contrato formal das políticas sociais encontra-se em processo de renegociação e modificação na maioria das sociedades ocidentais, mas que a extensão das mudanças difere substancialmente entre países. O mesmo ocorre com os contratos familiares informais entre as gerações, em que as tendências demográficas e comportamentais produziram mudanças dramáticas. Essas perspectivas teóricas, no entanto, divergem em termos da interpretação da natureza das mudanças.

A teoria sociológica da estratificação por idade tem sido tradicionalmente utilizada nas análises do vínculo entre as relações intergeracionais e o bem-estar. Essa abordagem oferece os fundamentos para o modelo de análise mais utilizado, ou seja, o modelo de "eqüidade intergeracional". A teoria da estratificação por idade ganhou visibilidade nos Estados Unidos, quando Matilda Riley e seus colaboradores destacaram a importância dos conceitos de estratificação e estrutura nas pesquisas sobre o envelhecimento [ver Quadagno, Aschenbaum e Bengston (1993)]. Essa abordagem propõe que a coorte etária (indivíduos nascidos no mesmo período de tempo) e o tempo histórico, através do qual essas coortes se movem, representam os principais componentes de um sistema estratificado por idade. Enfatizam, também, que a sucessão das coortes é uma fonte histórica de mudança porque "suas experiências históricas particulares contribuem de forma única para as estruturas sociais" [Riley, Foner e Waring (1988, p. 243)].

A economia política do envelhecimento surgiu, em parte, como uma crítica às limitações analíticas da teoria da estratificação por idade [Walker (1993)]. Uma crítica central é de que se presta uma atenção excessiva para a idade cronológica e para o ano do nascimento dos indivíduos. Fato que desviaria a atenção, tanto das experiências individuais de envelhecimento como das diferenças internas das coortes por idade, resultantes de fatores macroestruturais tais como classe, gênero e raça. Essa perspectiva afirma que o *status* social e econômico dos idosos é definido não por sua idade biológica, mas sim pelas instituições organizadas completamente ou, em parte, na produção. Em outras palavras, as muitas experiências que afetam os idosos seriam "o produto de uma específica divisão de trabalho e da estrutura de desigualdades mais do que uma conseqüência do processo natural de envelhecimento" [Walker (1993, p. 143)].

2.4 Interpretações do Conflito Geracional

Grande parte dos estudos sobre mudanças nos contratos entre as gerações reconhece a presença de elementos de conflito entre elas, mas estes variam em termos do entendimento da natureza desses conflitos. Essas controvérsias serão

exemplificadas através do modelo de eqüidade intergeracional e o da economia política do envelhecimento [ver Bengston e Achenbaum (1993)].

O modelo de "eqüidade intergeracional" assume que as divergências entre os grupos de idade são marcantes e que os mais jovens, os adultos e os idosos competem por recursos escassos. Essa visão está estreitamente relacionada com a preocupação econômica em torno de um modelo de Estado de Bem-Estar em que predomina a "responsabilidade pública" (*public-burden*). Preocupação esta, que integra o cerne da economia neoclássica e seus pressupostos em termos da contribuição dos setores público e privado. Esse modelo assume que o setor público é uma estrutura improdutiva e que sobrecarrega o setor privado. Ao mesmo tempo, concebe os idosos como um subgrupo homogêneo, dependente e improdutivo. O entendimento de que os idosos representam, apenas, um gasto para o setor público nesses modelos econômicos ortodoxos se deve, em grande parte, à subordinação das políticas sociais à política econômica, e a importância dessa última na esfera política [Bengston (1993) e Walker (1993)]. Nessa visão fragmentada do envelhecimento, as aposentadorias e pensões representam pouco mais do que uma transferência dos recursos da população ativa para os idosos .[15] A razão de dependência, medida freqüentemente usada por economistas e demógrafos, é utilizada para descrever as potenciais demandas que afetariam as articulações políticas e econômicas entre o mercado e o Estado diante do envelhecimento da população.

Tendo como referência o modelo de eqüidade intergeracional, diversos estudos para países industrializados começaram a chamar a atenção para as mudanças demográficas e de expectativas na sucessão das gerações como sendo o "novo problema social" das últimas décadas do século XX nesses países. O debate começou em torno das obrigações econômicas, morais e sociais dos adultos e jovens para com um grupo cada vez maior de idosos e das obrigações deles para com os mais jovens. Largamente utilizado nos Estados Unidos, esse tipo de análise sugeriu a ocorrência de uma "guerra de gerações" e a hipótese do conflito foi amplamente aceita e institucionalmente estimulada por interesses políticos e *lobbies* dos idosos, tais como a Associação Americana para as Pessoas Aposentadas (AARP), a Associação Americana de Boomers[16] (AAB), e a dos Americanos para a Eqüidade Geracional (Idade).

15. Mesmo nessa perspectiva, os benefícios públicos recebidos pelos idosos são entendidos como um ônus, enquanto os benefícios privados não seriam, ainda que esses últimos possam ser, fortemente, subsidiados pelo Estado.

16. Pessoas nascidas no período 1947-1960.

A perspectiva da economia política do envelhecimento se opõe ao modelo da eqüidade e argumenta que esse último seria, de fato, uma construção sociopolítica. O interesse maior dos formuladores de políticas, inspirados neste modelo, reside na sobrecarga que as aposentadorias e pensões representam para os gastos públicos e não na eqüidade intergeracional. Da mesma forma, o imperativo econômico-demográfico, freqüentemente apontado no modelo de eqüidade, seria a justificativa para facilitar a reestruturação do Estado de Bem-Estar e que isso foi influenciado, em alguns países, pelas agências de cooperação econômica internacionais [Walker (1993, p.165)].

Comparando a experiência da União Européia (UE) com a dos Estados Unidos, Walker reforça seu argumento de que mais importantes do que a pressão derivada das mudanças demográficas, são os deslocamentos ideológicos, particularmente para a ortodoxia econômica, que alteram os pressupostos sobre o papel do Estado no que diz respeito ao bem-estar e incentivaram alguns países a reestruturar seus sistemas previdenciários, reduzir o papel dos regimes públicos e aumentar a participação do setor privado nos sistemas.

Na abordagem da economia política, a concepção de Estado de Bem-Estar é de que este seria um contrato intergeracional, ou seja, um acordo negociado entre os trabalhadores ativos e os aposentados para a manutenção da qualidade de vida na idade avançada. Assim, as políticas que pretendem criar novos contratos previdenciários devem ser analisadas como um elemento do esforço muito mais amplo por parte de alguns Estados para reestruturar seus mecanismos de provisão de bem-estar, ou, do contrário poderão ser interpretadas, simplesmente, como medidas restritas a questões de idade [Walker (1993, p. 152)].

2.5 Entendendo as Relações Intergeracionais na Família

Uma interpretação convencional sustenta que o contrato intergeracional entre os membros da família é mantido por um conjunto de fatores, como laços de afeto, sentimentos de reciprocidade sobre a vida, poderosos incentivos econômicos ou sanções negativas, e amplos valores culturais. Os sentimentos de afeto e a obrigação ou a promessa de benefícios econômicos são fatores que asseguram o contrato familiar informal entre as gerações, mas as outras variáveis também contribuem. Recursos limitados e a ausência de filhos são, talvez, as razões mais importantes para explicar por que as pessoas idosas com algum tipo de deficiência podem ser negligenciadas, esquecidas, ou mesmo abandonadas. Então, sob algumas circunstâncias, o contrato pode falhar, como, por exemplo, na ausência de filhos. Nas sociedades onde os direitos de posse existem, a ausência da propriedade também

pode conduzir à negligência. Foner (1998) ressalta, porém, que o que pode parecer negligência ou abandono na perspectiva ocidental pode, preferivelmente, ser um complemento do contrato social dentro de um dado contexto cultural.

Cabe lembrar, ainda, que os sentimentos de obrigação que atravessam as gerações são influenciados não só pelas experiências únicas dos indivíduos de uma família particular mas, também, por circunstâncias históricas específicas. Os caminhos trilhados para a idade avançada determinam a adaptação dos indivíduos e de suas famílias às circunstâncias sociais e econômicas que enfrentam na última fase da vida. A migração, o sucesso econômico ou as dificuldades da economia local podem afetar os padrões de apoio e suporte e as expectativas para receber e fornecer o auxílio na idade avançada [Hareven (1994)]. Assim, as condições de bem-estar em um estágio do ciclo de vida são, freqüentemente, relacionadas aos eventos ocorridos ao longo da vida e podem afetar o bem-estar em sua última fase, tal como foi sugerido para as idosas brasileiras de diferentes coortes [Goldani (1999)].

Estudos com base no modelo da eqüidade intergeracional sugerem que a novidade sobre o conflito das gerações está em nível macro, onde a reciprocidade e a eqüidade entre grupos etários aparecem como fundamentais para as políticas sociais. Já em nível micro, as obrigações e as transferências intergeracionais intrafamiliares teriam se mantido inalteradas na maioria das sociedades ocidentais. Resultados para os Estados Unidos confirmam isso e sugerem que, mesmo que não se possa considerar a solidariedade intrafamiliar como dada, pode-se falar de uma solidariedade crescente em nível de família, da mesma forma que haveria uma disparidade crescente entre as gerações em nível macrossocial.[17]

A interpretação alternativa de como se dão as relações intergeracionais dentro da família é baseada na economia política do envelhecimento. Essa abordagem insiste que a solidariedade entre pais e filhos não é dada, mas tem de ser construída com base no reconhecimento das diferenças entre coortes e gênero e suas conseqüências para a afinidade entre eles [Walker (1993)]. Em claro contraste com o modelo de eqüidade intergeracional, a economia política do envelhecimento não separa as políticas sociais da natureza das relações de cuidados intrafamiliares. Nessa perspectiva, os domínios públicos e privados interagem, revelando com isso que as políticas afetam as relações famíliares. Por exemplo, quando o Estado tenta

17. De fato, a conclusão geral é que as tensões intergeracionais são limitadas a menos de 10% do total da população norte-americana em 1990. No entanto, aproximadamente entre 15% e 20% dos americanos sentem alguma tensão intergeracional e acreditam que certos grupos etários estão se apropriando de parcelas maiores do que seria o justo dos benefícios estatais. Um grupo ainda maior percebe, o peso destas para outros e para si mesmo. Aproximadamente 30% das preocupações são com os programas federais por idades e 45%-65% para as obrigações familiares em geral [Schlesinger e Kronebush (1994, p. 181-183)].

minimizar seu compromisso financeiro para com a família, um maior peso recai sobre os mais vulneráveis, particularmente as mulheres, que terão de arcar com as responsabilidades do cuidado.

Um desacordo ainda maior entre o modelo da eqüidade e o da economia política do envelhecimento diz respeito à natureza e à prevalência da solidariedade e das tensões dentro da família. Enquanto o primeiro idealiza o modelo de família utilizado no debate sobre a solidariedade intergeracional familiar, a economia política do envelhecimento descreve a solidariedade familiar como um fenômeno multidimensional, com complexas e às vezes contraditórias relações entre pais e filhos adultos, e entre avós e netos [Lawton *et alii* (1994)]. Um exemplo dessa última linha de análise refere-se às bem documentadas diferenças no papel das mulheres e dos homens nas relações intergeracionais, particularmente a diferença nos papéis de gênero nas relações entre a primeira e a terceira geração. Uma vez que as mães têm normalmente a custódia de seus filhos após um divórcio, as avós maternas provavelmente poderão desempenhar as obrigações e os deveres familiares, que aumentam inclusive o contato com os parentes das mães comparado ao contato com os pais. Os resultados para o Brasil mostram que 82% dos domicílios com co-residência de avós, pais ou sogros envolvem as mulheres [Goldani (1999)].

3 PRESSUPOSTOS DO DEBATE SOBRE AS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS NO BRASIL

3.1 Premissa I: O "Conflito Geracional"

Vários analistas reivindicam, direta ou indiretamente, a existência de um conflito emergente entre as gerações, marcado pela disputa por recursos entre os grupos etários, particularmente entre crianças e idosos. A questão que se coloca é até que ponto as dimensões do conflito intergeracional no Brasil já apareceram e foram mensuradas?

A maior parte das reivindicações de ocorrência de um "viés geracional" se encontra na discussão das políticas sociais e, portanto, no contexto do contrato formal de política (sistema de seguridade social, aposentadorias e pensões, gastos sociais). Aqueles que chamam a atenção para o gasto social desproporcional com aposentadorias e pensões e o caráter regressivo desse assumem ser esta uma injustiça para com os jovens, até porque estes representam uma parcela maior da população brasileira. Assim, tendo como referência um modelo de eqüidade entre grupos etários, esses autores pressupõem, implicitamente, a existência de um conflito [Brasil (2003), Lisboa e Siqueira (2003) e Hoffmann (2003)]. Outros analistas mencionam, claramente, o viés geracional e chamam a atenção para as precárias

condições de vida das crianças e, particularmente, para os seus níveis de pobreza em relação aos dos idosos. Por exemplo, Barros e Carvalho (2003, p. 9) observam que:

> "Em resumo, a atual política de transferência de renda, ao fixar o valor do benefício do Bolsa-Escola em R$ 15,00 mensais por criança e o valor do benefício de prestação continuada ou previdência rural em um salário mínimo mensal por beneficiário, introduz um importante e discutível viés intergeracional na política social brasileira, levando a que ela passe a beneficiar prioritariamente a população idosa em detrimento da população infantil."

Esses resultados são corroborados por simulações sobre o impacto, da presença ou ausência de programas governamentais de transferência de renda, através do ciclo de vida da população, os quais confirmam que as pessoas idosas são as principais beneficiárias [Barros e Carvalho (2003, p. 8)]. Diríamos, no entanto, que não existem evidências de que as famílias com crianças são pobres porque os programas de transferências governamentais gastam demasiado com idosos.

O "conflito entre as gerações" é raramente apontado em nível de contrato informal intrafamiliar. Em parte, porque a solidariedade entre os membros da família é tida como dada e em geral avaliada, apenas, por indicadores tradicionais de transferência de recursos. O fato de o fluxo dessas transferências ocorrer em ambos os sentidos, dos filhos adultos para os pais idosos e vice-versa, poderia ser um outro elemento explicativo para que o conflito intergeracional familiar não seja mencionado [Saad (1999 e 2003) e Camarano (2002)].

> "A ampliação da cobertura do sistema de seguridade social no Brasil, ocorrida na década de 1990, resultou na melhoria da situação dos idosos, particularmente na área rural. Essa melhoria contrasta com a deterioração da situação econômica de outros grupos etários, expressa no aumento do desemprego, declínio da renda média e instabilidade crônica da economia brasileira. Isso aumentou a dependência dos filhos sobre a população idosa. Outros fatores, como o aumento da fecundidade entre as adolescentes, os divórcios e as separações, também representaram fontes adicionais de pressão para o apoio prestado pelos pais idosos. Conseqüentemente, ocorreu um aumento do tempo que os filhos adultos passam na condição de dependentes de seus pais. Entre 1981 e 1999, por exemplo, a proporção de domicílios chefiados por idosos, com a presença de pelo menos um filho com mais de 21 anos, aumentou de 19% para 44%. Verificou-se, também, um aumento do número de idosos co-residindo com netos. Isso se refletiu no aumento da contribuição da renda dos idosos para o orçamento domiciliar. Em 1999, a renda dos idosos correspondia a 58% do total da renda dos domicílios rurais e a 51% dos domicílios urbanos" [Camarano (2002)].

Mesmo reconhecendo a tendência de alocação de um maior volume de recursos para os idosos, e de um "viés geracional" nos programas governamentais de

transferências de renda, não se observam medidas ou evidências qualitativas sobre tensões ou conflitos entre idosos e crianças. A avaliação de gerações mais bem-sucedidas que outras, também é pouco considerada, o que faz com que se tornem, apenas, impressionistas as interpretações de um emergente conflito intergeracional no Brasil.

Uma análise quantitativa e qualitativa mais profunda das relações entre os idosos e os jovens é importante e demanda uma metodologia analítica mais dinâmica. Portanto, necessitamos muito mais do que uma imagem momentânea das diferenças de renda para sustentar que os idosos e os jovens brasileiros estão em rota de colisão. De fato, as relações intergeracionais devem ser vistas no contexto das muitas carências e das contínuas desigualdades — de renda, regionais e de gênero —, bem como da falta de uma política social para as famílias.

Se não existem evidências de conflito intergeracional, como interpretar a crescente preocupação pelo tema da disputa por recursos entre os grupos de idade no Brasil? Primeiro, devemos repetir que isso se deve a uma visão estática da realidade e dos indicadores de desigualdade inspirados no modelo de eqüidade entre as gerações. Segundo, diríamos que a preocupação com um viés geracional parece estar relacionada com uma percepção negativa do fenômeno de envelhecimento da população. A proporção crescente de idosos foi recebida no Brasil com pessimismo e alarme, tal como ocorreu em outros países ocidentais. Isso veio acompanhado pelo pessimismo econômico a respeito dos gastos públicos na medida em que cada vez mais idosos recebem benefícios. A crescente população idosa é considerada o elemento-chave para a reconstrução do sistema previdenciário e foi responsabilizada, também pelos custos ou pela falência dos serviços públicos [Giambiagi *et alii* (2004)].

A respeito desse último argumento, é importante mencionar que, embora algumas das idéias negativas associadas com a população tenham mudado, as propostas de políticas sociais ainda respondem a uma preocupação econômica em torno de um modelo de Estado de Bem-Estar com "responsabilidade pública". Essa preocupação, como já foi dito, está no coração da economia neoclássica e seus pressupostos sobre a contribuição dos setores público e privado para o provimento de serviços para a população.

Finalmente, chamamos a atenção para o fato de que as modificações do contrato de política social em curso, com base em reformas nas áreas previdenciária e assistencial, podem vir a produzir efeitos maiores sobre as relações intergeracionais. Isso dependerá, certamente, das opções de reformas e de políticas que venham a ser adotadas. Nesse sentido, a análise comparada das experiências dos Estados Unidos e do Canadá pode ajudar.

Nos Estados Unidos existem consideráveis evidências de que o conflito entre coortes de idade desenvolveu-se em torno da alocação de recursos. Surpreendentemente isso não ocorreu no Canadá, apesar de esse país apresentar características comparáveis às dos Estados Unidos em termos da proporção de idosos, do grau relativo de pobreza entre os jovens e idosos, dos programas públicos voltados para os idosos e da qualidade do sistema de seguridade social [Walker (1993)]. As diferenças na percepção sobre as relações intergeracionais entre o Canadá e os Estados Unidos são atribuídas a diversos fatores, os quais incluem a forma de distribuição dos recursos sociais e uma ênfase maior nos programas universais no Canadá. Da mesma forma, um maior equilíbrio entre os benefícios dirigidos aos jovens e aos idosos bem como as diferenças na estrutura política entre os dois países responderiam por níveis mais baixos da retórica sobre a eqüidade geracional no Canadá. Outro aspecto é que a formação de *lobbies* por grupos de interesse assume menor importância no Canadá do que nos Estados Unidos. Segundo Walker (1993) o *lobby* idoso no Canada é menos organizado e visível quando comparado com a poderosa presença dos *lobbies* de idosos norte-americanos, que muitas tensões políticas têm gerado [Walker (1993)].

A experiência internacional oferece suporte à corrente universalista no debate sobre as políticas sociais no Brasil, que, por sua vez, entende as relações intergeracionais de uma maneira diferente daquela proposta pelo modelo de eqüidade. Por exemplo, Lavinas e Garson (2003, p. 151) afirmam:

> "Se as famílias mais pobres, onde estão sobre-representadas crianças, não são contempladas com políticas dignas, permanentes, mas programas transitórios, com benefícios de valor muito baixo, recebendo apenas 1,5% das transferências diretas de renda, o problema não é da previdência, mas da ausência de política social conseqüente e universal, à qual devem somar-se programas compensatórios para compensar ainda mais aqueles em situação crítica. Ambos os benefícios devem ter valor condizente com o grau de destituição dos indivíduos."

3.2 Premissa II: Público *versus* Privado

Implícita na discussão dos gastos sociais e do viés geracional está a premissa de que o mundo social é dicotomizado em macro e microesferas. A macro estaria associada à esfera pública (política, gastos públicos, mercados) e a micro com a família (cuidados informais, solidariedade, intimidade). A solidariedade entre os membros da família é considerada como dada em um modelo de família idealizado, em que as relações de gênero são consideradas irrelevantes.

3.2.1 Como funciona o contrato intergeracional nas famílias brasileiras?

O comportamento dos membros da família brasileira, em termos dos valores normativos e os sentimentos de afeto e reciprocidade, corresponde ao esperado pelo contrato implícito entre as gerações. O cuidar e o ser cuidado nas famílias brasileiras segue o equilíbrio entre afetos e reciprocidades em uma estrutura normativa. As mulheres mais do que os homens e os parentes mais do que os não-parentes são preferidos no processo de intercâmbio intergeracional e na provisão de cuidados [Debert (1999), Saad (1999) e vários capítulos neste livro].

> "(...) a co-residência no contexto das transferências de apoio informais para os idosos no Brasil e na América Latina é particularmente importante para o apoio que requer a proximidade física, como no caso das atividades funcionais e instrumentais da vida. Por exemplo, 92% dos idosos brasileiros e 90% dos mexicanos recebem algum tipo de ajuda familiar" [Saad (2002)].

> "(...) A co-residência pode beneficiar tanto os idosos quanto as gerações mais jovens. Os homens idosos geralmente mantêm o seu papel de provedores. Por outro lado, as mulheres idosas tendem a manter suas funções de cuidadoras e responsáveis pelos afazeres domésticos" [Camarano e Pasinato (2003)].

> "A co-residência no Brasil parece estar associada a melhores condições de vida. Ela oferece benefícios para idosos e filhos, mas há indicações de que as gerações mais novas são as maiores beneficiárias" [Camarano e El Ghaouri (1999) e Camarano (2002)].

Os achados para o Brasil sugerem que a ocorrência de domicílios multigeracionais se deve, em grande parte, às dificuldades econômicas. Pais idosos e filhos adultos têm de se ajudar no processo de sobrevivência. Na medida em que buscam o bem comum, não há dúvida de que os laços de obrigação, lealdade e confiança se fortalecem. Entretanto, diante da possibilidade de viverem separados, pais idosos e filhos adultos optariam por viver independentes, tal como sugere a crescente proporção dos arranjos domicilares de pessoas que vivem sós.

Os resultados para outros contextos mostram, também, que os idosos enfatizam sua autonomia e satisfação pessoal em sua rotina diária e têm como preferência a "intimidade a distância". O mesmo ocorre com os avós que, sistematicamente, enfatizam a independência sobre a responsabilidade e o amor sobre a obrigação. É importante lembrar que isso não é somente um resultado cultural, marcado por um forte movimento de individualização e busca de auto-satisfação nas sociedades ocidentais, sobretudo nas mais desenvolvidas, mas também uma conseqüência social do aumento do padrão de vida, que permite pais idosos e filhos adultos serem menos dependentes economicamente uns dos outros.

A família brasileira não é apenas uma importante fonte de apoio material mas é percebida, também, como a principal fonte de alegria e felicidade para os idosos. Perguntados sobre o que consideram coisas boas em suas vidas, os idosos brasileiros apontaram a família, vista de diferentes formas, como a mais importante.

> "(...) Entre as boas coisas da vida foram mencionados os mais diversos itens. O principal destaque é a família, aparecendo sob as mais diversas formas — filhos/netos (20,0%), nascimento dos filhos (3,2%), família (12,6%), esposa/marido (5,0%) etc. Religião (12,5%) e saúde (9,4%) também são bastante citadas, mostrando sua importância ao final da vida das pessoas. A casa onde vivem (4,4%) e a casa própria (5,3%) também se destacam. Além desses, foram citados vários outros itens como os amigos (3,3%), o emprego (3,2%) e o benefício (2,9%)" [Saboia (Tabela 47 deste livro)].

Esses resultados são interpretados de diferentes formas e corroboram diferentes tipos de políticas sociais. Uma visão comum é de que a família e as relações intergeracionais são fontes "naturais" e melhores do que o Estado para cuidar dos idosos. Em geral, esse argumento vem acompanhado da suposição de uma estrutura tradicional de família e de divisão sexual do trabalho. Nessa perspectiva, a manutenção da família, e particularmente das mulheres, no papel de cuidadoras dos idosos estaria informando o desenho de políticas públicas. Uma outra visão enfatiza que a quantidade e a qualidade do cuidado dependem, parcialmente, da família e dos fatores individuais, mas que os recursos públicos são vitais. Reconhece que as tarefas de cuidado através das gerações foi praticamente um domínio feminino, mas que essas formas convencionais estão em declínio. Propõe soluções institucionais, que substituam, com trabalho assalariado, as tarefas executadas tradicionalmente por mulheres.

As relações entre gênero e políticas de desenvolvimento preocupam as feministas brasileiras, que colocam em dúvida o papel das mulheres nos programas governamentais de transferência de renda, por exemplo, no Bolsa-Família, Bolsa-Alimentação, Agente Jovem etc. Algumas apontam para a existência de contradições implícitas na articulação entre as mulheres, a família e os programas governamentais que procuram resolver problemas socioeconômicos e promover o desenvolvimento. Entre os argumentos destaca-se que as mulheres se encontram em uma situação muito injusta por causa de sua maior vulnerabilidade no mercado formal de trabalho e em seus papéis de cuidadoras da família, o que as transforma em força de trabalho barata para programas oficiais, ao mesmo tempo em que recebem poucos benefícios diretos, para elas mesmas [Portela e Gouveia (1997) e Lavinas (1996)].

3.2.2 Família, Estado, mercado, bem-estar e cuidado

Os crescentes custos das tarefas de cuidar, ao lado das dificuldades econômicas, mudanças demográficas e nos contratos de gênero[18] sugerem que as famílias brasileiras não poderão continuar como as principais cuidadoras de seus dependentes sem a ajuda do Estado. A idéia hoje, mesmo fora dos círculos neoliberais, é de que as famílias provêem cuidado melhor e a custos mais baixos do que o Estado. Entretanto, no repasse das tarefas de proteção e cuidado do Estado para a sociedade civil, em particular para a família, questões importantes são negligenciadas. Por exemplo, os diferentes papéis do Estado e da família ou as diferenças entre as políticas públicas e as ações privadas, e o fato de que as mulheres deixaram de ser um "recurso invisível" e passaram a ser um "recurso escasso" entre as gerações.

Quanto aos diferentes papéis do Estado e da família nas tarefas de cuidar, devemos ter presente os efeitos das políticas públicas e das ações privadas.[19] Partindo da idéia de que o Estado está comprometido com o universalismo de suas ações, mesmo quando suas políticas sejam focalizadas, comparamos com as ações particularistas da família [Pinto (2004, p. 180)]. A iniciativa dos membros da família em cuidar dos idosos é voluntária e não implica nenhum compromisso formal com ou para o indivíduo a quem se destina a ação. Não é simplesmente um ato de carinho, mas vem, freqüentemente, imbuída de um sentido de dever, estimulado por uma pressão moral, expectativas sociais e crises de consciência. As políticas públicas cumprem com a obrigação do Estado de assegurar a seus cidadãos os direitos e garantias estabelecidos pela Constituição e pelas leis complementares (por exemplo, o Estatuto do Idoso). Conseqüentemente, o escopo das políticas públicas empreendidas pelo Estado e o das ações privadas no plano da família em termos de proteção social e cuidado são relacionados, mas inequivocamente diferentes. Esse fato tem implicações importantes para o bem-estar da população.

As famílias e outras organizações da sociedade civil são necessárias mas não suficientes para lidar com o crescente envelhecimento da população. Ao pretenderem substituir o Estado, levando a cabo ações privadas em substituição às políticas públicas, essas instituições acabam compartilhando com o Estado as falhas no cumprimento de suas obrigações constitucionais. Entretanto, a atuação das famí-

---

18. Os contratos de gênero representam um consenso social sobre o que são os homens e as mulheres, o que eles pensam e fazem. O conceito de "contrato de gênero" foi desenvolvido na Escandinávia, utilizando a experiência de gênero desenvolvida na Suécia. Tais contratos (e sua terminologia é uma ironia com os denominados contratos social-democratas entre o capital e o trabalho) foram desenvolvidos a partir do conflito e estão sujeitos a variações históricas e geográficas [Duncan (1994, p. 268) e Goldani (1999)].

19. Esta discussão é inspirada no trabalho de Pinto (2004) sobre o papel do Estado e das ONGs em termos da inclusão social dos indivíduos.

lias brasileiras através de instituições — "grupos da terceira idade", ONGs e o Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos —, ao pressionarem o Estado por novas políticas, faz com que estas se tornem, indiretamente, promotoras de políticas públicas.

O fato de que as mulheres deixaram de ser um "recurso invisível" e passaram a ser um "recurso escasso" [20] entre as gerações é um outro fator negligenciado nessa fase de crescente demanda por serviços e cuidados no interior das famílias, e de cortes nos serviços prestados pelo Estado. Até hoje, as mulheres têm sido as principais cuidadoras das crianças e idosos, realizando as tarefas rotineiras e dando coesão às relações entre as gerações. Os homens e as mulheres brasileiros têm direitos iguais perante a lei, mas, no que diz respeito ao cuidado dos dependentes, nossas normas culturais ainda refletem uma expectativa maior sobre as mulheres do que sobre os homens. Apesar dos esforços do movimento feminista brasileiro para mudar, esse duplo padrão cultural continua a ser observado nas estatísticas [Goldani (2002)]. De fato, os maiores logros do movimento feminista no Brasil são em termos dos direitos individuais das mulheres e não em termos de maiores obrigações familiares dos homens [Barsted (1999) e Oliveira (1999)].

A contínua entrada das mulheres brasileiras no mercado de trabalho, a melhoria de seus níveis de escolaridade e a queda na taxa de fecundidade contribuíram para sua maior autonomia e promoveram mudanças importantes em suas vidas e na das famílias.[21] As evidências de que essas transformações ocorrem em meio a persistentes desigualdades de gênero, tanto em nível do mercado como da família, apontam para uma sobrecarga de trabalho para as mulheres bem como para o fato de que estas passaram a ser um "recurso escasso" nas tarefas de cuidado dos dependentes [Leme e Wajnman (2003) e Lavinas (1996)].

Dessa forma, o contrato social implícito, que governa o relacionamento entre pais e filhos, homens e mulheres, está sendo renegociado à medida que as estruturas familiares e do mercado de trabalho se transformam. Entre as implicações dessas tendências, Giddens (1994, p.13) nos recorda que "a demanda pela liberdade e igualdade alcançada pelas mulheres durante o século XX não podem, arbitrariamente, ser desfeitas. Dificilmente as mulheres abdicariam dos novos di-

---

20. Outras discussões sobre o papel das mulheres no cuidado dos dependentes utilizaram as expressões "recurso invisível" e "recurso escasso". Por exemplo, na Alemanha, por Beck-Gernsheim (2002) e no Japão, por Peng (2001).

21. Indicadores de mudanças na vida das mulheres brasileiras no período 1977-1997 mostram: uma taxa de participação no mercado de trabalho que aumenta de 36,9% para 53,3% para mulheres entre 18 e 60 anos; um aumento no número médio de anos de escolaridade, de 3,9 para 5,6; um declínio na taxa de fecundidade total, de 5,1 para 3,6 filhos; e um aumento na proporção de famílias com chefes mulheres, de 12,9% para 20,3% [Leme e Wajnman (2003, p. 52)].

reitos conquistados". Assim, algumas das questões que se colocam para o Brasil seriam: Por quanto tempo as mulheres brasileiras poderão ou quererão continuar no papel de principais cuidadoras dos dependentes da família? Ou, em que medida suas mudanças de vida as transformam em "recursos escassos"? Quais as implicações disso para o Estado brasileiro, que as continua vendo como "recurso invisível"?

Especulando sobre respostas para essas perguntas, ilustramos o que acontece quando as famílias (mulheres) são sobrecarregadas pelas tradicionais responsabilidades de cuidado e bem-estar de seus dependentes, tomando o exemplar caso japonês.[22] A reconstrução do Estado de Bem-Estar no Japão na década de 1990 foi marcada por dois aspectos centrais. O fato de que foi determinado por transformações demográficas e nas relações de gênero e que sua expansão foi acompanhada por um processo de descentralização e desregulamentação, o que abriu canais de participação do setor privado no ampliado sistema de serviços de bem-estar [Peng (2001, p.192)].

No processo de reestruturação dos serviços do *welfare* japonês, tradicionalmente centrado na família, dois movimentos de mulheres tiveram papel fundamental. Duas diferentes coortes de mulheres, com trajetórias familiares e estratégias políticas muito diferentes, provocaram uma reação massiva do Estado.[23] Preocupado com o crescimento econômico do país e diante de uma verdadeira implosão demográfica, provocada pela chamada "crise silenciosa", que colocou o Japão como o país com os menores níveis de fecundidade do mundo, o governo desenvolveu um amplo programa de serviços voltados para famílias. Em particular para as mulheres, foram criadas novas leis de proteção ao emprego e programas sociais para facilitar a reconciliação entre o trabalho e a família e inclusive incentivos financeiros para terem mais filhos [Peng (2001)].

22. Exemplificamos o caso do Japão com base, sobretudo, no trabalho de Peng (2001), uma vez que este trata de aspectos e faz sugestões que consideramos relevantes para o caso do Brasil.

23. Um primeiro movimento foi o de mobilização social e política no final dos anos 1980, feito por mulheres, sobretudo de classe média, em seus 40 e 50 anos de idade. Estas formaram a base do regime de seguridade social japonês no período de 1950 a 1970. O aumento dessas mulheres no mercado de trabalho se associou à falta de oferta de serviços públicos e mesmo comerciais de cuidado para crianças e idosos. Essa dupla carga de trabalho coincide com as propostas governamentais, do conservador Partido Liberal Democrático (LDP), de redução do papel do governo e mais privatização dos serviços. A maioria das reformas sobre cuidado de idosos introduzida nos anos 1990 não teria ocorrido sem a pressão desse movimento de mulheres. Isso incluiu o *Gold Plans* e o seguro para cuidado de longa permanência. Assim que a família japonesa deixa de ser o "capital de bem-estar invisível", (*hidden welfare capital ou fukushi no fukumi zaisn*) para ser o "inferno de cuidados" (*caring hell ou kaigo jigoku*). Um segundo movimento tem um caráter mas demográfico e individual e correspondeu ao das mulheres mais jovens que, ao invés de mobilizar-se politicamente, simplesmente se recusaram a seguir o tradicional curso de vida das mulheres japonesas. Estas decidiram adiar e/ou até mesmo, deixaram de casar e ter filhos, como uma estratégia para poder ter ou continuar suas carreiras profissionais. O efeito cumulativo desta chamada "crise silenciosa" foi um enorme declínio nas taxas de fecundidade, para níveis muito abaixo da reposição (hoje a taxa de fecundidade total é menor do que 1,0 filho [Peng (2001, p. 191-192)].

> "Uma avaliação da combinação das estratégias de expansão e desregulamentação, adotadas pelo Estado japonês no processo de reestruturação do seu sistema de bem-estar, sugere impactos negativos em termos da qualidade do cuidado e das disparidades regionais. Ironicamente, também sobre a eqüidade de gênero haveria efeitos negativos. Ao mesmo tempo que procurou estimular as mulheres a trabalhar, tratando de liberá-las da carga do trabalho de cuidadora da família, o governo, ao desregulamentar os serviços de cuidado de crianças e idosos, eximiu-se de tratar da difícil tarefa das negociações salariais e das condições de trabalho para um grande contingente de trabalhadores do setor, permitindo que o mercado ditasse os termos. Isso conduziu a um generalizado declínio nos salários e nas condições de trabalho desses trabalhadores, em sua maioria mulheres" [Peng (2001, p. 195)].

O Brasil compartilha com o Japão o histórico de uma sociedade de bem-estar social centrado na família e algumas tendências demográficas (declínio da fecundidade, aumento da esperança de vida e taxas de participação feminina na força de trabalho e desigualdades de gênero),[24] o que torna a experiência japonesa muito útil em termos comparativos. Enfim, tal como Peng, acreditamos que independentemente dos aspectos culturais, os indivíduos e as famílias encontrarão soluções próprias no caso de o Estado não oferecer opções de ajuda e seguir esperando que as famílias continuem com o peso das tarefas de cuidado de seus dependentes.

Concluindo diríamos que, dentro de suas especificidades, o Brasil vive um fenômeno similar ao do Japão. A "crise silenciosa" das mulheres brasileiras está em marcha há pelo menos duas décadas. Quase metade das mulheres brasileiras unidas se esterilizaram e isso resultou em uma diminuição da fecundidade da ordem de seis para dois filhos nesse período. Em quase todas as áreas metropolitanas, hoje, os níveis de fecundidade se encontram abaixo da reposição (taxas menores que 2,1), e com isso a proporção de idosos na população cresce rapidamente. As mulheres aumentaram, ainda mais, sua participação no mercado de trabalho e já respondem pela "chefia econômica" de 33% dos domicílios. Todas as indicações são de que as mulheres brasileiras já se tornaram "recursos escassos" para as tarefas domésticas de cuidado e que urge uma política voltada para famílias e de suporte às mulheres. Entretanto, parece que o Estado brasileiro não percebe ou não quer perceber; não reage, não quer reagir ou não sabe como fazer?

---

24. As desigualdades de gênero em termos do trabalho doméstico para casais, em que ambos trabalham para o mercado e em casa, mostram que o número médio de horas semanais que as mulheres trabalham a mais que seus maridos foi de 25 horas para as japonesas, 15 para as brasileiras e de 9 horas para as suecas [Goldani (2002) e o *site*: <www.unmich.edu>].

4 CONTRATO SOCIAL FORMAL DE POLÍTICA E GÊNERO: AS EXPERIÊNCIAS DE INDIVIDUALIZAÇÃO NO CHILE E UNIVERSALIZAÇÃO NO BRASIL

A literatura internacional sugere que as tentativas de reformar os sistemas de seguridade social, através da "individualização" dos benefícios e eliminação dos direitos de acesso das mulheres como esposas, foram negativas para a maioria das mulheres. Muitas passaram a não ser elegíveis para benefícios previdenciários, e se tornaram dependentes de programas assistenciais. O conflito, entre os objetivos de independência das mulheres, dos seus direitos de beneficiária como esposa, e a garantia de provisão de benefícios próprios adequados na fase idosa parecem longe de uma definição, mesmo naqueles países em estágios avançados da reestruturação do Estado de Bem-Estar [Gordon (1990)[25] e Orloff (1996)].

Avaliações das diferentes experiências de reestruturação do bem-estar com a estratégia de neutralidade de gênero mostram que, com essas reformas, freqüentemente cosméticas, o que alcançaram foi estender os direitos formais para ambos os sexos. A principal debilidade desse tipo de reforma estaria no fato de elas não considerarem a interação entre a divisão sexual do trabalho e a provisão social de benefícios, causa fundamental da diferenciação de gênero em termos dos direitos de acesso a benefícios por parte de homens e mulheres [Gordon (1990)].

Na América Latina, os casos do Brasil e do Chile servem para exemplificar os efeitos das diferentes estratégias políticas de reforma previdenciária em termos da eqüidade de gênero. No caso chileno, a reforma do sistema de previdência social ao "individualizar" os benefícios e eliminar os direitos de acesso das mulheres enquanto esposas afetou negativamente a maioria das mulheres. No Brasil, o processo de universalização do sistema previdenciário, particularmente nas áreas rurais, se transformou em um eficiente mecanismo de redistribuição da renda e ajudou a reduzir as desigualdades de gênero.

4.1 O Caso Chileno

Em 1981, o governo chileno mudou a sua forma de proteção à idade avançada. As bases do sistema de pensões e aposentadorias públicas passaram de coletivas para individuais, ou seja, foram de um amplo sistema de solidariedade de riscos de perdas, da capacidade de auferir renda nas idades avançadas, para um sistema individual de riscos, apoiado em contas de poupança pessoal obrigatórias. Esse sistema, com algumas variações, foi adotado por 11 outros países latino-america-

25. A individualização como uma estratégia de reforma foi mais facilmente aceita quando o modelo de provedor focalizou a família como unidade para os benefícios e contribuições, como no caso holandês. Por outro lado, essa perspectiva apresenta maiores dificuldades quando o modelo de provedor é centrado no indivíduo como beneficiário, podendo contar com suplementos para os demais membros da família, como no caso dos Estados Unidos e da Grã-Bretanha.

nos. Avaliações recentes dos resultados das experiências de reforma previdenciária na América Latina concluíram que:

> "O mérito da reforma não reside na questão da privatização do sistema de provisão de renda para as idades avançadas mas na individualização dessa provisão. Ao contrário das reivindicações dos defensores das reformas, o ponto forte desta não é construir um sistema durável e permanente, mas romper com os modelos passados, os quais se tornaram obsoletos diante das transformações demográficas e econômicas (...). Os fracassos da reforma estariam em outras dimensões, principalmente na exclusão de mais da metade dos trabalhadores da possibilidade de participarem de uma rede de proteção nas idades avançadas, mesmo naqueles países que contam com uma estrutura fiscal e administrativa capaz de oferecer tais programas" [Banco Mundial (2004, p. 10; tradução da autora)].

Paralelamente às avaliações gerais do novo sistema previdenciário, Mesa e Montecinos (1997) concluem que a privatização da previdência social deteriorou as condições de bem-estar das mulheres chilenas e até mesmo aumentou as desigualdades de gênero.

> "As mulheres ficaram em piores condições do que no sistema de seguridade anterior, no qual os cálculos dos benefícios para homens e mulheres não se diferenciavam e as mulheres podiam obter benefícios com menos pré-requisitos do que os homens. Atualmente, os benefícios são calculados de acordo com as contribuições individuais e os níveis de risco. Fatores como esperança de vida maior, idade de aposentadoria mais jovem, baixas taxas de participação na força de trabalho e salários inferiores, entre outras desvantagens no mercado de trabalho, afetam diretamente o montante de recursos acumulados pelas mulheres em suas contas individuais de aposentadoria, o que determina um valor muito menor do benefício, em particular para as mulheres pobres" [Mesa e Montecinos (1999, p. 7; tradução da autora)].

A reforma chilena não modificou o direito a aposentadoria das mulheres aos 60 anos de idade, cinco anos mais cedo do que os homens, mas isso transformou-se em uma desvantagem. Com poucos anos de contribuição, os recursos acumulados são menores, tal como os benefícios correspondentes. O novo sistema previdenciário privado também pune a maternidade, uma vez que as mulheres apresentam custos de oportunidade maiores por se afastarem do mercado de trabalho. Reduzem a renda e a produtividade, em conseqüência diminuem suas contribuições. Os benefícios são pagos em uma unidade monetária (Unidade de Fomento, ou U.F.) de forma a manter o valor dos benefícios em termos reais. Entretanto, isso não se aplica aos benefícios mínimos garantidos pelo Estado, e que beneficia sobretudo mulheres que não conseguiram acumular renda suficiente no sistema privado. Assim, esses benefícios mínimos não são, automaticamente, protegidos contra a inflação. Os indivíduos elegíveis para os benefícios mínimos de-

vem ter contribuído por pelo menos, 20 anos para o sistema (aproximadamente metade de uma vida de trabalho) e muitas mulheres trabalhadoras não se qualificam nem mesmo para esse benefício. As regras do novo sistema tornam tudo ainda mais difícil para os chilenos, com trabalhos não-estáveis e desprotegidos, que certamente não terão acesso a uma renda adequada nas idades avançadas. Dessa forma, ao custo econômico dos benefícios mínimos soma-se a solidão e o estigma social que as mulheres já enfrentam na idade avançada [Mesa e Montecinos (1999, p. 31-32)].

4.2 O Caso Brasileiro

Em contraste com o caso chileno, as avaliações da experiência brasileira são otimistas e concluem que os padrões de vida mais elevados das mulheres idosas resultam, hoje da universalização dos benefícios de seguridade social. Assim, viver só pode representar uma maneira bem-sucedida de envelhecer mais do que o abandono ou a solidão para as mulheres brasileiras idosas. A universalização da seguridade social, as políticas de saúde e as melhorias na tecnologia médica e outros avanços tecnológicos, tais como as telecomunicações e as facilidades de transporte ajudam a explicar essa tendência [Debert (1999) e Camarano (2004)].

> "(...) É fato já reconhecido que a mulher idosa brasileira está vivendo mais e em melhores condições de vida. Isso se deve à ação conjunta de três fatores: a ampliação da cobertura previdenciária, o maior acesso aos serviços de saúde e o crescimento da tecnologia médica. Há não muito tempo, o envelhecimento trazia, para as mulheres brasileiras, pobreza e isolamento da esfera social. A grande mudança dos últimos 20 anos é que o final da vida ativa e a viuvez não significam, necessariamente, isso. A última fase da vida deixou de ser residual, vivenciada por uma minoria, para ser uma fase de duração até maior do que a infância e a adolescência. Observou-se uma melhoria absoluta e relativa nas suas condições de vida, medidas por indicadores de rendimento, o que repercutiu nas suas famílias (...). Para que isso aconteça, um papel muito importante tem sido desempenhado pela previdência social, tanto urbana quanto rural, e a Lei Orgânica da Assistência Social que asseguram renda para um contingente importante da população feminina idosa (…)" [Camarano (2003)].

Paralelamente aos efeitos positivos observados nas condições de vida das mulheres idosas, Camarano enfatiza que essas melhorias resultam, também, de privilégios, tais como o acúmulo de benefícios, e a própria aposentadoria com a pensão por morte do marido. Ao mesmo tempo, ressalta que as mulheres vivem mais e contribuem menos para o sistema do que os homens. Relacionados a essa discussão, outros estudos mostram que, embora 11% e 20% das mulheres idosas nas áreas rural e urbana não recebam qualquer renda, a pobreza é mais elevada entre os homens idosos. Essa situação é inversa entre a população não-idosa [Camarano (2002) e Barros, Mendonça e Santos (1999)].

Para melhor entender o que acontece no caso brasileiro, é importante ter presente que a maior parte das mulheres que se beneficiaram da universalização da seguridade social encontra-se na área rural. Portanto, uma percentagem significativa das mulheres idosas que devotaram a maior parte de suas vidas aos afazeres domésticos continua sem possibilidades de obter seu próprio benefício de aposentadoria. Ao mesmo tempo, as mulheres cuja aposentadoria resulta de seu próprio trabalho recebem benefícios que refletem a discriminação salarial durante sua participação no mercado de trabalho. Essas diferenças tendem a se reduzir, especialmente entre algumas categorias profissionais.

> "(...) A análise da previdência social por sexo, seja no Brasil, seja em outros países, revela que as mulheres estão, aparentemente, em piores condições, isto é, recebem benefícios em condições menos privilegiadas (aposentadoria por idade *versus* aposentadoria por tempo de serviço, por exemplo) e com valores mais baixos do que os auferidos pelos homens. No entanto, tal situação, antes de refletir injustiças na concessão dos benefícios, revela a maior precariedade da condição feminina no mercado de trabalho, tanto em termos ocupacionais, como em termos salariais. (...) As formas pelas quais, historicamente, foram se criando adicionais de proteção a mulher, em termos de direitos previdenciários (menor tempo de trabalho ou idade para concessão do benefício; direitos a pensão em condições mais vantajosas que os homens), não devem ser vistas apenas como resposta ao argumento da dupla jornada, mas também a precariedade da trajetória da vida ativa feminina em relação à masculina (...)" [Beltrão *et alii* (2002)].

Os casos chileno e brasileiro servem como um alerta aos acadêmicos, aos formuladores de política e ao público geral, para a necessidade de incorporar a dimensão de gênero na implementação de reformas da política. O desafio que persiste é substituir a dependência de renda das mulheres em relação aos homens pela independência financeira destas e a dependência dos homens em relação aos serviços domésticos e de cuidados deve ser substituída pela "independência do cuidado".

Sintetizando, a individualização é uma estratégia de reforma da seguridade social com potenciais riscos para as mulheres. Tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento oferecem lições e sugestões. A experiência sueca sugere que os pré-requisitos para que as mudanças afetem mais positivamente as mulheres (ou não prejudiquem) devem incluir: *a*) provisão dos benefícios sociais baseados na condição de cidadania ou residência, *b*) políticas que ajudem as mulheres a conseguir a independência financeira através de seus próprios salários; e *c*) a marginalização dos programas focalizados onde a família é a unidade de cálculo dos benefícios [Gordon (1990)].

A avaliação do caso chileno propõe que as desigualdades de gênero introduzidas pelo sistema previdenciário privado podem ser parcialmente evitadas se as mulheres, individualmente, passarem por três etapas: *a*) fizerem poupanças voluntárias adicionais, *b*) aposentarem-se depois dos 60 anos para aumentar seus recursos acumulados e o valor da aposentadoria; e *c*) selecionarem uma administradora no sistema privado, que não cobre uma comissão fixa para a afiliação e apresente taxas reais elevadas e estáveis de retorno aos investimentos [Mesa e Montecinos (1999)]. Os mesmos autores afirmam que essas medidas individualistas, no entanto, não reduziriam as desigualdades de gênero presentes no mercado de trabalho ou o uso de fatores atuariais diferentes para o cálculo das pensões, e concluem que essas desigualdades precisam ser corrigidas com políticas que considerem explicitamente a questão de gênero (*op. cit.*, p. 31).

A atual política brasileira de universalização e as regras que favorecem as mulheres no sistema de seguridade social melhoram a vida das idosas e reduzem a distância nas históricas desigualdades econômicas entre homens e mulheres idosos.

Ironicamente, uma visão comum entre analistas advoga que o sistema da seguridade social não deve procurar corrigir as desigualdades de gênero criadas no mercado de trabalho. Ao contrário, propõem eliminar as regras que favorecem as mulheres como solução para desequilíbrios fiscais e entre estas incluem o aumento da idade de aposentadoria das mulheres de 60 para 63 anos, reduzindo a diferença para dois anos em relação aos homens [Giambiagi *et alii* (2004)].

5 COMENTÁRIOS FINAIS

> "Eu não culpo pessoas ou gerações. Nem encontro explicações satisfatórias em nossas causas *standards* — idades ou tipos de população, eleitores, políticos ou partidos (...). Devemos olhar mesmo, é para os problemas de sustentabilidade e administração de longo prazo de nosso recursos comuns" [Thomson (1991, p. 6, tradução da autora)].

O debate sobre as relações intergeracionais e a reconstrução do Estado de Bem-Estar no Brasil nos remete à velha questão do conflito na distribuição de recursos. O aumento dos mecanismos de apoio por parte do setor público — tais como os cuidados de longa permanência para os idosos, os sistemas de saúde universais, a educação pública e programas mais generosos de assistência a famílias pobres — redistribui renda dos homens para as mulheres, dos adultos para os idosos e, muito provavelmente, dos ricos para os pobres. Ou seja, beneficiariam grupos menos favorecidos da sociedade brasileira à custa dos mais poderosos.

Esses importantes aspectos são obscurecidos pela ausência de um diagnóstico coerente dos custos diferenciados do cuidado dos dependentes para as famílias, o Estado e o mercado. As análises econômicas convencionais consideram elevados os gastos sociais com os idosos pelo Estado, mas nunca se preocupam em comparar esses custos com os incorridos pelas famílias. Isso se deve, em grande parte, à suposição implícita de que as famílias, especialmente as mulheres, provêem serviços sociais gratuitos.

Analistas e formuladores da política social brasileira pouco têm a dizer sobre quem deve pagar pelos custos de cuidado dos idosos e muito menos sobre quem deve pagar pelos custos que envolvem o bem-estar das gerações mais jovens. O tempo e o dinheiro que as famílias brasileiras dispensam com o cuidado para seus dependentes — ajudando a reprodução biológica e social da população — são ignorados nas discussões do PIB e na formulação da política. Além disso, a família é, freqüentemente, responsabilizada por problemas sociais, inclusive do déficit público. Criar bons cidadãos e manter uma sociedade coesa parece ser a obrigação das famílias. A família nuclear idealizada, composta por um casal heterossexual estável, com poucos filhos e bem-sucedida economicamente, pareceria ser a solução de problemas nacionais como o desemprego, a violência e a pobreza.

O debate atual sobre a crise fiscal do sistema previdenciário polariza e paralisa os esforços para avançar o sistema de proteção social universalista brasileiro, proposto pela Constituicão Federal de 1988. As evidências de um aumento no fluxo inverso de transferências intergeracionais mostram que mais e mais idosos provêem recursos para seus filhos adultos e netos. Tampouco essas famílias estão suficientemente bem para continuar com seu papel de principal cuidadora de seus dependentes. Nessa mesma linha, as melhorias nas condições de vida das mulheres idosas brasileiras apenas começam a diminuir as desigualdades de gênero entre os idosos, porém não significam que estas estejam resolvidas. Equivocadamente interpretada como resultado de um privilégio, essa situação poderia estimular cortes em benefícios, os quais são vitais para a estratégia de sobrevivência das famílias brasileiras. Todas essas tendências de transferências de recursos dos idosos para os mais jovens não devem ser vistas como uma solução para o problema da redistribuição de recursos, mas como uma advertência sobre as crescentes dificuldades das gerações mais jovens para se reproduzirem. Também, parece claro que o emergente "conflito entre gerações" por escassos recursos deve ser visto muito mais como parte de um contexto de múltiplas carências e desigualdades do que um privilégio dos idosos.

As políticas sociais, em termos práticos, estão orientadas tanto por uma lógica técnica como pela capacidade de pressão dos diferentes grupos sociais sobre o Estado. Assim, como seria possível distinguir entre as boas e as más interpretações das necessidades da população? Ao tratar de responder a essa questão, concordamos que a justificativa para que algumas interpretações sejam vistas como melhores que outras envolve a consideração de um balanço entre procedimentos e conseqüências. Em outras palavras, um balanceamento entre democracia, igualdade e justiça [Fraser (1990, p. 220)].

Consistente com um discurso de "resolução dos problemas sociais", sugerimos que se deva dar continuidade ao processo de construção de um sistema universalista de proteção social, enfatizando a complexidade de um sistema de políticas integrado tendo presente o contexto das grandes desigualdades, ao invés de um sistema segmentado. Políticas em nível macro, que estabeleçam uma responsabilidade conjunta das famílias e do Estado no cuidado dos idosos, são vitais para aliviar a pressão imposta às famílias, particularmente sobre as mulheres. Estas devem responder às mudanças fundamentais na concepção de família e parentesco, decorrentes das mudanças sociodemográficas e tecnológicas.[26] Está claro, também, que não se pode repensar as políticas de bem-estar separadamente das políticas de emprego. Em outras palavras, o debate sobre o papel do Estado deve considerar, simultaneamente, suas conseqüências para o mercado e para as famílias [Esping-Andersen *et alii* (2002, p. 25)].

Ao concluir este capítulo, chamamos a atenção para a necessidade de redefinir a noção de bem-estar. O debate sobre o bem-estar e as políticas públicas tem se pautado pela idéia de provisão de serviços básicos e por uma noção restrita de bem-estar individual. A sugestão é que, paralelamente à necessidade de redistribuição de recursos para alimentar, proteger e cuidar da saúde dos indivíduos, deve-se ampliar a noção de bem-estar individual. Nesse sentido, parece útil recuperar a idéia da existência de múltiplas esferas na qual o bem-estar está distribuído, incluindo o bem-estar dos indivíduos, dos outros e da comunidade como um todo [Jordan (1997) e Titmuss (1958)]. Em outras palavras, que ao longo do dia nos movemos diversas vezes entre esferas da vida igualmente cruciais para o

26. A idéia aqui é que a política social não é uma questão simplesmente de prestação de serviços sociais ou mesmo de serviços sociais voltados para os pobres. A política social deve ser entendida como "um ato deliberado do governo para promover o bem-estar individual e social, em certas condições específicas, utilizando-se, para isso, dos instrumentos de políticas" [Weale (1983, p. 5)].

nosso bem-estar.[27] Essa concepção de partilha de bem-estar nos leva a um entendimento mais amplo de política social. Uma política que integra as formas de bem-estar propiciadas em nível da família e do mercado com aqueles serviços oferecidos pelo Estado. Um passo necessário nessa direção seria ampliar a discussão sobre o modelo de proteção social ou do futuro do *welfare state*, para além dos argumentos econômicos e dos gastos públicos.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, R. P. de, CARVALHO, M. *Desafios para a política social brasileira*. IPEA, 2003 (Texto para Discussão, 985).

BARROS, R. P. de, MENDONÇA, R., SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, p. 221-250, 1999.

BARSTED, L. L. Lei e realidade social: igualdade x desigualdade. *As mulheres e os direitos humanos. Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero*, 2. Rio de Janeiro: Cepia, 1999.

BECK-GERNSHEIM, E. Generational contract and gender relations. *Reinventing the family*. *In search of new life styles*. Polity Press, 2002.

BELTRÃO, K. I. *et alii*. *Mulher e previdência social: o Brasil e o mundo*. Rio de Janeiro, 2002 (Texto para Discussão, 867).

BENGSTON, V. L. Is the "contract across generations" changing? Effects of population aging and obligations and expectations across age groups. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.

BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Economia política do gasto social do governo federal no Brasil desde 1980/85. *Econômica*, v. 5, n. 1, p. 101-110, 2003.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

——————. *O gasto social do governo central: 2001 e 2002*. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, Secretaria de Política Econômica, 2003.

CAMARANO, A. A. *Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 878).

——————. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Revista de Estudos Avançados*, v. 17, n. 49, dez. 2003.

27. Por exemplo, a qualquer momento nos movemos da esfera doméstica, onde recebemos e doamos afetos e encorajamentos, ao mesmo tempo que provemos serviços essenciais uns aos outros. Do trabalho, obtemos o salário, as aposentadorias e os projetos. Do comércio, compramos a maior parte dos insumos que sustentam nossa vida diária. Do Estado, o sistema educacional, os serviços de saúde, parte da renda e as alternativas de habitação. É difícil mensurar e comparar as contribuições de cada setor para o bem-estar, especialmente na esfera doméstica, onde os indivíduos prestam a maior parte dos serviços em bases informais e não-remuneradas [Jordan (1987)].

CAMARANO, A. A., EL GHAOURI, S. K. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, p. 281-304, 1999.

CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. *Social support networks of older persons: the role of the state, the family and community*. 2003 (unpublished manuscript).

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. Universidade de São Paulo: São Paulo Press, Fapesp, 1999.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. *Para a década de 90 — prioridades e perspectivas de políticas públicas*. Brasília, 1990.

—————. Qualidade de vida e reformas de programas sociais: o Brasil no cenário latino-americano. *Revista de Cultura e Política*, São Paulo: Cedec, n. 31, p. 5-46, 1993.

DUNCAN, S. Women's and men's lives and work in Sweden. *Gender, Place and Culture*, London, v. 1, n. 2, 1994.

ECLAC. Economic Commission on Latin America and the Caribbean. T*ransformación productiva con equidad*. Santiago, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G., SARASA, S. The generational conflict reconsidered. *Journal of European Social Policy*, v. 12, n. 1, p. 5-21, 2002.

ESPING-ANDERSEN, G. *et alii*. *Why we need a new welfare state*. Oxford University Press, 2002.

FONER, N. When the contracts fails. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.

FRASER, N. The struggle over needs: outline of a socialist-feminist critical theory of late — capitalist political culture. In: GORDON, L. (ed.). *Women, the state and welfare*. Madison: University of Wisconsin Press, 1990.

GIAMBIAGI, F. *et alii. Diagnóstico da previdência social no Brasil*. O que foi feito e o que falta reformar. IPEA: Diretoria de Estudos Macroeconômicos, 2004 (Seminário DIMAC, 164).

GIDDENS, A. *Beyond left and right.* Cambridge: Polity, 1994.

GOLDANI, A. M. Arranjos familiares no Brasil dos anos 90: proteção e vulnerabilidades. *Como Vai? População Brasileira*, Brasília: IPEA, ano III, n. 3, p. 14-23, dez. 1998.

—————. Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileir*os. Rio de Janeiro: IPEA, p. 75-114, 1999.

—————. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 19, n.1, p. 29-48, jan./jun. 2002.

GORDON, L. *Women, the state and welfare*. The University of Wisconsin Press, 1990.

HAREVEN, T. K. Aging and generational relations: a historical and life course perspective. *Annual Review of Sociology*, v. 20, p. 437-461, 1994.

JORDAN, B. *Rethinking welfare*. New York: Basil Blackwell, 1987.

LAVINAS, L. As mulheres no universo da pobreza: o caso brasileiro. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro: IFSC/UFRJ, v. 4, n. 2, p. 464-479, 1996.

——————. *Excepcionalidade e parodoxo: renda básica* versus *programas de transferência direta de renda no Brasil*. 2004 (unpublished manuscript).

LAVINAS, L., GARSON, S. Gasto social no Brasil: transparência, sim, parti-pris, não! *Econômica*, v. 5, n. 1, p. 145-162, 2003.

LEME, M. C. da S., WAJNMAN, S. Efeitos de período, coorte e ciclo de vida na participação feminina no mercado de trabalho brasileiro. *Mercado de trabalho: uma análise a partir das pesquisas domiciliares no Brasil*. Belo Horizonte: Editora Horizonte, 2003.

LISBOA, M. de B., SIQUEIRA, R. B. de. Gastos sociais do governo central. *Econômica*, v. 5, n.1, p. 123-134, 2003.

MEDEIROS, M. *Estrutura familiar e rendimentos do trabalho dos ricos no Brasil*. Brasília: IPEA, 2004 (Texto para Discussão, 1.015).

MESA, A. A. de, MONTECINOS, V. The privatization of social security and women's welfare: gender effects of the Chilean reform. *Latin American Research Review*, v. 34, n. 3, p. 7-37, 1999.

NERI, M. Focalização, universalização e transferências. *Econômica*, v. 5, n. 1, p. 163-170, 2003.

OLIVEIRA, R. D. de. Sobre direitos e privilégios. *Folha de São Paulo*, São Paulo, Tendências/ Debates, Opinião 1-3, 1999.

ORLOFF, A. S. Gender in the welfare state. *Annual Review of Sociology*, v. 22, p. 51-78, 1996.

PENG, I. Women in the middle: welfare state expansion and devolution in Japan. Social politics. *International Studies in Gender, State, and Society*, Oxford, v. 8, n. 2, p. 191-196, 2001.

PINTO, C. R. J. *Including the excluded ones: a mission for NGO's or the Brazilian state*. Porto Alegre: UFRGS, 2004 (unpublished manuscript).

PORTELLA, A. P., GOUVEIA, T. *Políticas sociais de saúde: uma questão de gênero? O caso das agentes de saúde do município de Camaragibe/PE*. Recife: SOS Corpo, Gênero e Cidadania, out. 1997.

POSCHMANN, M. Gastos sociais, distribuição de renda e cidadania: uma questão política. *Econômica*, v. 5, n. 1, p. 111-114, 2003.

QUADAGNO, J., ASCHENBAUM, A., BENGSTON, V. L. Setting the agenda for research on cohorts and generations: theoretical, political, and policy implications. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.

RILEY, M. The family in an aging society: a matrix of latent relationships. *Journal of Family Issues*, v. 4, p. 439-454, 1983.

RILEY, M., RILEY Jr., J. W. Connections: kin and cohort. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

__________. Transferências informales de apoyo de los adultos mayores. *Estudio comparativo de encuestas Sabe*. Santiago de Chile: Celade,Reunión de Expertos em Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: El Rol del Estado, la Família y la Comunidad, 2002.

SCHLESINGER, M., KRONEBUSH, K. Intergenerational tensions and conflict: attitudes and perceptions about social justice and age-related needs. *Intergenerational linkages. Hidden connections in American society*. Springer Publishing Company, Chapter 7, p. 152-184, 1994.

THOMSON, D. W. A lifetime of privilege? Aging and generations at century's end. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.

TITMUSS, R. M. The social division of welfare. *Essays on welfare*. Allen &Unwin, 1958.

VIANNA, M. L. T. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Iuper/Ucam, Editora Revan, 1998.

VINOSKIS, M. A. An historical perspective on support for schooling by different age cohorts. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.

WALKER, A. Intergenerational relations and welfare restructuring: the social construction of an intergenerational problem. In: BENGSTON, V. L., ASCHENBAUM, A. (eds.). *The changing contract across generations*. New York: Aldine De Gruyter, 1993.

WEALE, A. *Political theory and social policy*. London: Macmillan, 1981.

PARTE 4

POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA

CAPÍTULO 8

O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ana Amélia Camarano
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA
Maria Tereza Pasinato
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

1 INTRODUÇÃO

Apesar de o envelhecimento populacional ser amplamente reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX, reconhece-se, também, que este traz grandes desafios para as políticas públicas. Um dos mais importantes é o de assegurar que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra de forma contínua, com base em princípios capazes de garantir tanto um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana, quanto a eqüidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.[1]

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional ocorreu em um cenário socioeconômico favorável, o que permitiu a expansão dos seus sistemas de proteção social.[2] Nos países em desenvolvimento e, especificamente, no caso brasileiro, o acelerado processo de envelhecimento está ocorrendo em meio a uma conjuntura recessiva e a uma crise fiscal que dificultam a expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários e, em particular, para os idosos.

Os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações dos países desenvolvidos começaram a ganhar expressão na década de 1970. Tinham por objetivo a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da perda de sua autonomia. A manutenção de sua renda já havia sido equacionada pelos sistemas de seguridade social. No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, a questão do envelhecimento

1. Na verdade, essa preocupação já vem expressa desde o Plano de Viena em 1982.

2. Atualmente, esses sistemas se deparam com restrições de várias ordens para a sua sustentabilidade financeira no longo prazo.

populacional soma-se a uma ampla lista de questões sociais não-resolvidas, tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e aos elevados níveis de desigualdade vigentes nessas sociedades [ver Araníbar (2001)].

O presente capítulo descreve a evolução da agenda das políticas públicas na questão do envelhecimento populacional tanto em nível internacional quanto no plano nacional. O trabalho não tem nenhuma pretensão de avaliar as políticas descritas, em virtude, em parte, da dificuldade de dados. O trabalho está constituído por cinco seções, sendo a primeira esta introdução. A Seção 2 discute alguns pontos da Agenda Internacional tomando como ponto de partida a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida, em 1982, em Viena. Na Seção 3, apresenta-se o marco legal que fundamenta as políticas brasileiras para a população idosa. A Seção 4 trata das políticas setoriais brasileiras. E, finalmente, na Seção 5 apresentam-se alguns comentários sobre os desafios que o envelhecimento populacional coloca na agenda às políticas públicas brasileiras. Estamos caminhando na direção de uma sociedade para todas as idades?

2 AGENDA INTERNACIONAL: DE VIENA A MADRI

Esta seção apresenta uma discussão sobre a agenda internacional de políticas públicas para a população idosa. Duas assembléias das Nações Unidas, uma realizada em Viena, em 1982, e outra em Madri, em 2002, influenciaram significativamente essa agenda.

2.1 O Plano de Viena

Considera-se como o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena, em 1982. Essa assembléia foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação. Representou um avanço, pois, até então, a questão do envelhecimento não era foco de atenção nem das assembléias gerais, nem de nenhuma agência especializada das Nações Unidas. A questão era tratada de forma marginal pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) como parte de suas atividades especializadas.

Os objetivos do plano eram garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países. Teve como marco de referência a

Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã em 1968. Dado o contexto político econômico e social, admitiu-se que, pela "vulnerabilidade" da população idosa, esta deveria sofrer mais as conseqüências do colonialismo, neocolonianismo, racismo e práticas do *apartheid*. Quer dizer, a preocupação com a população idosa surgiu como resultado de tendências demográficas bem delimitadas e de uma situação de conflito. No plano global, vivia-se um momento marcado pelas tensões da Guerra Fria e, no regional, predominavam os regimes de exceção.

O Plano Internacional de Ação adotado na primeira Assembléia Mundial foi estruturado em forma de 66 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação. A maioria dos temas considerados era tratada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em comissões de natureza econômica ou política.[3] Sintetizando, a preocupação com as implicações sociais do processo de envelhecimento, ainda que existente, não era expressa. Na verdade, de acordo com Alves (1995), os temas sociais não ocupavam o mesmo lugar dos planos econômicos e políticos dentro das Nações Unidas. Nem os direitos humanos recebiam um tratamento adequado.

Um dos principais resultados do Plano de Viena foi o de colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população. O pano de fundo era a situação de bem-estar social dos idosos dos países desenvolvidos. Percebia-se a necessidade da "construção" e, principalmente, do reconhecimento de um novo ator social — o idoso — com todas as suas necessidades e especificidades. Parte das recomendações visava promover a independência do idoso, dotá-lo de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia. Nesse sentido, o documento apresentava, também, um forte viés de estruturação fundamentado em políticas associadas ao mundo do trabalho.

A concepção do idoso traçada no plano era a de indivíduos independentes financeiramente e, portanto, com poder de compra. As recomendações eram dirigidas, em especial, aos idosos dos países desenvolvidos. Suas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Por outro lado, o plano também foi fortemente dotado por uma visão da medicalização do processo de envelhecimento.

Embora, naquele momento, o foco da atenção tenha sido os países desenvolvidos, desde a assembléia a agenda política de países em desenvolvimento passou a incorporar progressivamente a questão do envelhecimento. Por exemplo, vários

3. As comissões políticas são entendidas no seu sentido estrito, ou seja, dizem respeito apenas às formas de exercício do poder estatal.

governos da América Latina modificaram suas constituições em graus diferenciados, criando leis que favoreciam a população idosa. Citam-se Venezuela (1999), Equador (1998), Brasil (1988), Bolívia (1994) e Peru (1993). Esses países fizeram um avanço importante no sentido de políticas e programas especiais voltados às pessoas idosas [Uriona e Hakkert (2002)].

Por outro lado, o Plano de Viena consistiu em um conjunto de recomendações, cuja implementação dependia da alocação de recursos, que não foram previstos. Por exemplo, parte das recomendações visava promover a independência do idoso, o que implica aumentos nos gastos públicos, especialmente na área social, dentre os quais a provisão de pensões e aposentadorias e a assistência à saúde para os idosos necessitados consistiam os seus principais componentes.

2.2 Entre Viena e Madri

Os 20 anos que transcorreram entre uma assembléia e outra foram acompanhados por mudanças profundas nos planos econômico, social e político dos países. Na década de 1990, a questão do envelhecimento entrou de forma mais expressiva na agenda dos países em desenvolvimento. O processo de envelhecimento, nesses países, está ocorrendo mais rapidamente do acontecido nas economias mais desenvolvidas.

De maneira geral, o debate político e acadêmico vigente considera a população idosa como um segmento homogêneo, com necessidades e experiências comuns. Essa visão simplista levou a duas perspectivas polarizadas a respeito da experiência do envelhecimento populacional [Lloyd-Sherlock (2002)]. A visão predominante foi a de associar envelhecimento a dependência e a problemas sociais. Chega a considerar que o envelhecimento populacional pode se constituir em uma ameaça ao futuro das economias, da própria democracia etc.[4] Um exemplo disso pode ser notado no documento *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote the Growth* [ver Banco Mundial (1994)], que ressalta o "impacto" do crescimento da população idosa sobre as políticas públicas:

> "O mundo está se aproximando de uma crise do envelhecimento. Como a esperança de vida aumenta e as taxas de natalidade diminuem, a proporção da população idosa está se expandindo rapidamente, *aumentando o peso* econômico sobre a população jovem" (grifo das autoras).

Em contrapartida, outro ponto de vista considera que as pessoas idosas podem contribuir significativamente para o desenvolvimento econômico e social. "Muitas

4. Veja, por exemplo: Petersen (1999), *apud* Lloyd-Sherlock (2002).

pessoas idosas são uma fonte viva de recursos e contribuem para o bem-estar das suas famílias e comunidades" [Helpage International (1999)]. Por contribuição advinda da população idosa, entende-se a continuação na atividade econômica, mesmo quando aposentado, o trabalho voluntário, a contribuição no orçamento familiar, a provisão de acomodação, o cuidado com netos, aí incluídos os órfãos da Aids. As políticas resultantes dessa perspectiva são as que buscam reforçar a capacidade das pessoas idosas e aumentar a sua oportunidade de contribuir para com a sociedade [Lloyd-Sherlock (2002) e Troisi (1995)].

No âmbito das Nações Unidas, a Assembléia Geral de 1991 adotou 18 princípios em favor da população idosa. Estes podem ser agrupados em cinco grandes temas: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade.

A promoção da independência requer políticas públicas que garantam a autonomia física e financeira, ou seja, o acesso aos direitos básicos de todo ser humano: alimentação, habitação, saúde, trabalho e educação. Por participação, busca-se a manutenção da integração dos idosos na sociedade. Isso requer a criação de um ambiente propício para que possam compartilhar seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens e de se socializarem. Os cuidados referem-se à necessidade do desfrute pelos idosos de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, através do cuidado familiar ou institucional. Auto-realização significa a possibilidade de os idosos fazerem uso de oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial, por meio do acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos. Por último, o quesito dignidade requer que se assegure aos idosos a possibilidade de vida digna e segura, livre de toda e qualquer forma de exploração e maus-tratos.

Em 1992, a Assembléia Geral da ONU aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, que estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos e definiu os parâmetros para o início da elaboração de um marco conceitual sobre a questão do envelhecimento. O *slogan* do Ano Internacional do Idoso foi a promoção de uma *sociedade para todas as idades*. O marco conceitual foi elaborado em 1995 (Documento 50/114 da ONU) e a exemplo da Proclamação sobre o Envelhecimento conta com quatro principais dimensões para a análise de uma "sociedade para todas as idades": a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social.

Ao longo da década de 1990, os idosos passaram a ser considerados, também, em outros fóruns das Nações Unidas, como, por exemplo, as conferências mundiais sobre população, aspectos sociais, gênero, meio ambiente etc. Gradualmente, a

visão de idosos como um subgrupo populacional vulnerável e dependente foi sendo substituída pela de um segmento populacional ativo e atuante que deve ser incorporado na busca do bem-estar de toda a sociedade.

Em 1999, foi comemorado o Ano Internacional do Idoso. Os países membros das Nações Unidas foram incentivados a aplicar os cinco princípios básicos em favor dos idosos, já adotados na Assembléia Geral de 1991, a saber: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade. Foi nesse contexto que a Declaração do Milênio de 2000, apesar de não ter feito menção explicita à questão do envelhecimento, convocou toda a humanidade a participar de um esforço para a redução da pobreza e consagração dos direitos humanos.

2.3 O Plano de Madri

A Segunda Assembléia Mundial aconteceu em Madri, em 2002. O relatório do conselho econômico e social da ONU para o comitê preparatório para essa assembléia chama a atenção para as mudanças sociais, culturais e tecnológicas em curso em todo o mundo que implicam mudanças nas estruturas de valores. Cita, por exemplo, as mudanças nos códigos de valores que regem cada uma das gerações e nas formas de transmissão dos valores, conhecimentos e responsabilidades de uma geração para a subseqüente. As gerações mais jovens adquirem boa parte de seu código de valores de seus próprios companheiros. Por esse motivo, cada geração terá perspectivas diferentes das de seus predecessores e se defrontará com opções diferentes [ONU(2001)].

A Segunda Assembléia Mundial ocorreu em um contexto bastante diferente do de Viena. Em primeiro lugar, ressalta-se a colaboração estabelecida entre o Estado e a sociedade civil. No âmbito do conselho econômico e social da ONU, aproximadamente 700 instituições não-governamentais passaram a ter assento no seu conselho consultivo. Essa participação ocorreu em todos os temas. O quadro de referência sobre os direitos humanos passou a ser a Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos realizada, em 1993, em Viena.[5]

Na referida assembléia, foram aprovados uma nova declaração política e um novo plano de ação que deverá servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. Espera-se que o plano de ação exerça uma ampla influência nas políticas e programas dirigidos à população idosa em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.

5. Nessa conferência, os direitos humanos adquiriram importância própria, desvinculados da necessidade de subordinação a outros temas.

A declaração política contém os principais compromissos assumidos pelos governos para executar o novo plano. Foi dedicada atenção especial aos problemas derivados do processo de envelhecimento dos países em desenvolvimento.

O plano de ação fundamenta-se em três princípios básicos:

a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza;

b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e

c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

O primeiro princípio considera que o envelhecimento populacional não é um processo que, necessariamente, esgota os recursos da sociedade. Ao contrário, ele pode significar uma acumulação de capital humano, social e econômico. Em termos de políticas, pode-se pensar na adequação das instituições para que o crescimento da população idosa seja um elemento propulsor do bem-estar da sociedade. Nesse caso, políticas de trabalho, integração social e seguridade social são importantes.

Para o alcance do segundo princípio, são necessárias políticas que promovam melhorias na saúde desde a infância e que se prolonguem ao longo da vida. Dentre elas, citam-se a promoção à saúde, o acesso universal aos serviços de saúde pública ao longo da vida e, em decorrência, a consideração da importância de fatores ambientais, econômicos, sociais, educacionais, dentre outros, no aparecimento de enfermidades e incapacidades. São necessários, também, programas de capacitação de profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia e de serviços sociais.

Por fim, assegurar um entorno propício e favorável ao envelhecimento implica promover políticas voltadas para a família e a comunidade que assegurem um envelhecimento seguro e promovam a solidariedade intergeracional. Para tanto, é necessário que as políticas públicas sejam concebidas com base na colaboração entre o Estado e a sociedade civil, de forma a construir um maior acesso ao entorno físico, aos serviços e recursos, aí incluída a atenção à proteção ambiental. Assim sendo, os idosos podem contribuir para o bem-estar da sociedade e ao mesmo tempo se beneficiar dos direitos de se realizarem como cidadãos, de receberem atenção, serem independentes, participarem e serem tratados com dignidade [ONU (2001)].

Um dos grandes avanços do Plano de Madri diz respeito à contribuição dos idosos para com a sociedade. Na declaração política, esse avanço se faz notar principalmente em seu artigo 6º:

"Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas."

O Plano de Madri é um documento amplo que contém 35 objetivos e 239 recomendações para a adoção de medidas dirigidas aos governos nacionais, mas insistindo na necessidade de parcerias com membros da sociedade civil e setor privado para a sua execução. Destaca-se, também, a importância da cooperação internacional. Cabe aos governos explicitar as parcerias no processo de implementação do plano, estabelecendo as responsabilidades de cada parte e as do próprio governo.

O estabelecimento de parcerias foi um avanço importante do plano. A consideração da dimensão de gênero é vista como outro avanço. O parágrafo 8º advoga "a integração de uma perspectiva de gênero nas políticas, programas e legislação sobre envelhecimento". A esse respeito foram feitas sugestões, por exemplo, no caso da seguridade social, para que se leve em conta a igualdade entre homens e mulheres nos sistemas de proteção social. No entanto, o mesmo parágrafo 8º estabelece que "a situação das mulheres idosas deve ter prioridade nas ações políticas". Isso deixa claro que a preocupação com gênero restringe-se à preocupação com as mulheres.

Essa visão é compartilhada por Knodel e Ofstedal (2003). Esses autores encontraram no plano mais de 40 artigos que enfatizam a maior vulnerabilidade das mulheres com respeito às suas condições de bem-estar e defendem políticas e programas voltados a elas. Por outro lado, não encontraram nenhum artigo que reconhecesse que homens idosos têm necessidades especiais e, portanto, nenhuma recomendação foi feita com respeito a eles. Alguns trabalhos mostram que os homens experimentam maiores dificuldades com a aposentadoria do que as mulheres [Simões (2004)].

Não se nega a importância de se considerar as necessidades especiais de mulheres, mas uma abordagem de gênero deve considerar as necessidades diferenciadas de ambos os sexos e reconhecer que gênero não significa sempre uma marca de desvantagem [Knodel e Ofstedal (2003)]. A preocupação aqui é que essa visão expressa em um documento como o Plano de Madri pode afetar a formulação de políticas dos países em desenvolvimento.

Chama-se a atenção também para outras limitações do plano. Tanto as estratégias propostas pelo Plano de Madri quanto por outros documentos das Nações Unidas tendem a ser por demais vagas sem considerar as diversidades regionais.

Na verdade, este consiste em um plano único, geral, para uma realidade social bastante diversificada. Algumas das recomendações parecem fundamentadas em um modelo pouco real, que seria o daqueles países desenvolvidos que contam com um programa de bem-estar social avançado.

Um outro ponto é que, embora todas as medidas propostas tenham sido acertadas pelos países signatários, a sua implementação deverá passar, necessariamente, por uma avaliação das prioridades nacionais, das políticas sociais etc. A sua implementação é de direito e responsabilidade de cada Estado. Segundo as recomendações das Nações Unidas, "corresponde a cada país desenvolver os mecanismos necessários à promoção de um nível de bem-estar social adequado ao número adicional de anos de vida da população idosa". Em alguns países, os objetivos do Plano de Madri já estão sendo atingidos. Em outros, a sua implementação ainda irá demorar muito, isto é, se for implementada.

Como qualquer outra política, a implementação do Plano de Madri depende, fundamentalmente, da alocação de recursos. O plano não previu recursos para o cumprimento das metas, muito embora a declaração política tenha reconhecido a dificuldade dos países pobres de se integrarem na economia global. Por exemplo, foi estabelecida uma meta de redução até 2015 de 50% da proporção de pessoas que vivem na pobreza extrema. No entanto, as condições para a sua realização não foram explicitadas. O mesmo ocorre com a meta de promoção de programas que permitam a todos os trabalhadores obter uma proteção social básica que compreenda aposentadorias, pensões, benefícios por invalidez e atenção à saúde.

A política de seguridade social vigente na maioria dos países desenvolvidos é contraditória com a meta de participação ativa dos idosos na sociedade, no que diz respeito, por exemplo, à sua participação no mercado de trabalho. Nos países da Comunidade Comum Européia, os ganhos na esperança de vida ao nascer e nas condições de saúde não têm sido acompanhados por um aumento na vida ativa. Entre 1950 e 1990, a esperança de vida na idade da aposentadoria aumentou em seis anos e a idade à aposentadoria foi reduzida em 6,3 anos.[6] A cobertura dos benefícios é próxima a 100% [ILO (2001)].

Por outro lado, essa situação contrasta com a dos países em desenvolvimento, onde em muitos deles, como os africanos, a aposentadoria parece um luxo. Em alguns países subsaarianos e do Sul da África, estima-se que apenas de 5% a 10% da população trabalhadora estão cobertos pela seguridade social [ILO (2001)]. Além de a cobertura ser baixa, o valor do benefício também o é. Isso leva

6. Mais recentemente, alguns países como a Itália e a Inglaterra aumentaram a idade à aposentadoria.

à continuação do idoso no mercado de trabalho, quase sempre na agricultura. Enquanto 40,5% dos africanos com 64 anos e mais de idade trabalham, nos países desenvolvidos a proporção comparável estava em torno de 10% [ILO (2001)].

Habilidade e vontade de trabalhar por parte da população idosa dependem do seu estado de saúde, da sua capacidade funcional, das condições do mercado de trabalho além da legislação vigente. Aposentadoria compulsória e discriminação no ambiente de trabalho aliados à baixa qualificação da mão-de-obra são obstáculos à maior participação da população idosa no mercado de trabalho. Políticas de saúde e de educação passam a ser importantes para o alcance dessas metas.

Sintetizando, para que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional possam ser efetivas é necessário que apresentem uma abordagem integrada em seus diversos setores específicos: saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação.

2.4 Desdobramentos do Plano de Madri

Reconhecendo as diversidades regionais no processo de envelhecimento e nas condições socioeconômicas e culturais e o alto grau de generalização do Plano de Madri, os órgãos regionais vinculados às Nações Unidas[7] elaboraram estratégias para a sua implementação, levando em conta as especificidades de suas regiões e as necessidades dos idosos em cada uma delas.

Os cinco textos regionais realçam a importância da contribuição das pessoas idosas no trabalho voluntário, no de subsistência e remunerado, no cuidado com os membros da família etc. A família foi vista em todos os documentos como a fonte de apoio natural para as pessoas idosas, sendo o lócus em que elas encontram segurança emocional e apoio. Isso é verdade tanto para os países que contam com um sistema de cuidados de longa duração bem estruturados, quanto os que não contam. Observam-se pequenas variações nos textos regionais no que diz respeito à solidariedade intergeracional [Tornel (2002)].

Cada um dos documentos regionais apresenta as suas ênfases particulares. Por exemplo, o documento relativo à Europa enfoca a necessidade de assegurar a plena integração e participação dos idosos na sociedade. Para a América Latina, a principal preocupação é com a proteção dos direitos humanos e com a necessidade de provisão das necessidades básicas da população idosa: acesso a renda, cobertura integral dos serviços de saúde, educação e moradia em condições dignas.

7. Comissão Econômica para a Europa, Comissão Econômica e Social para a Ásia e o Pacífico, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, Comissão Econômica para a Ásia Ocidental e Comissão Econômica para a África.

O acesso a novas tecnologias que permitam aos idosos manter a sua independência é um dos aspectos enfatizados pelo documento referente à região da Ásia e do Pacífico. Citam-se também, nesse documento, aspectos ligados a um planejamento urbano amigável aos idosos e a necessidade de criar mecanismos de apoio para os cuidadores. A questão dos cuidadores é importante em todas as regiões, mas nessa região e na África Subsaariana ela adquire uma importância especial, dada a crescente mortalidade feminina por Aids. Um dos resultados é o aumento de famílias que não contam com a geração do meio, ou seja, são famílias formadas por avós e netos.

Uma avaliação e revisão do Plano de Madri já está em curso pelo Departamento de Assuntos Sociais e Econômicos das Nações Unidas.

3 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS

3.1 O Período Pré-Constituição de 1988

Pode se dizer que a incorporação, em alguma medida, da questão do envelhecimento populacional na agenda das políticas brasileiras, quer sejam públicas ou por iniciativa da sociedade civil, não é nova. Na verdade, o Brasil é um dos pioneiros na América Latina na implementação de uma política de garantia de renda para a população trabalhadora que culminou com a universalização da seguridade social em 1988.

As origens do sistema de proteção social no Brasil remontam ao período colonial, com a criação de instituições de caráter assistencial como a Santa Casa de Misericórdia de Santos. No período imperial, podem ser identificados outros antecedentes do atual sistema como os montepios civis e militares e outras sociedades beneficentes. Em 1888, foi regulamentado o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios (Decreto 9.912-A, de 26 de março de 1888). Estes, após 30 anos de serviço e com uma idade mínima de 60 anos, poderiam usufruir de uma aposentadoria. Já as primeiras políticas previdenciárias de iniciativa estatal para trabalhadores do setor privado surgiram no início do século XX, com as leis de criação do seguro de acidentes do trabalho em 1919 e a primeira caixa de aposentadorias e pensões em 1923 (Lei Eloy Chaves) [ver Pasinato (2001) e Oliveira, Beltrão e Médici (1993)]. Nos anos 1930, o Brasil já contava com uma política de bem-estar social, que incluía previdência social, saúde, educação e habitação.

Embora o objetivo desta seção seja o de considerar o envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas brasileiras, não se pode negar que estas são resultados de influências e pressões da sociedade civil, das associações

científicas, dos grupos políticos etc. Assim sendo, destacam-se duas iniciativas levadas a cabo nos anos 1960 e que tiveram impacto no desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população idosa.

A primeira delas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961. Um dos seus objetivos era o de "estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia" (acesse www.sbgg.com.br).

A segunda teve início em 1963 por iniciativa do Serviço Social do Comércio (Sesc). Consistiu de um trabalho com um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo, preocupados com o desamparo e a solidão entre os idosos. A ação do Sesc revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva na deflagração de uma política dirigida a esse segmento populacional. Até então, as instituições que cuidavam da população idosa eram apenas voltadas para o atendimento asilar.

A primeira iniciativa do governo federal na prestação de assistência ao idoso ocorreu em 1974[8] e consistiu em ações preventivas realizadas em centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da sociedade civil, bem como de internação custodial dos aposentados e pensionistas do INPS a partir de 60 anos. A admissão em instituições era feita considerando o desgaste físico e mental dos idosos, a insuficiência de recursos próprios e familiares e a inexistência de família ou abandono por ela.

Outra iniciativa do governo federal em prol dos idosos carentes durante os anos 1970 foi a criação de dois tipos de benefícios não-contributivos: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia (RMV) para os necessitados urbanos e rurais. Seus valores foram estipulados em 50% do salário mínimo, à exceção da aposentadoria por invalidez do trabalhador rural que era de 75% do salário mínimo. A previdência rural era devida ao chefe do domicílio de mais de 65 anos que comprovasse ter trabalhado em atividades rurais.

As RMVs, criadas em 1974, foram as primeiras medidas de proteção do portador de deficiência e do idoso necessitado. Estas ocorreram no âmbito da política previdenciária. As principais condições para sua elegibilidade eram: não receber nenhum benefício, ter contribuído por pelo menos 12 meses ou alternativamente ter trabalhado por cinco anos em atividade na época não coberta pela previdência e não auferir renda superior ao valor do benefício. Em 1992, com a

8. Através da Portaria 82, de 4 de julho de 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

fusão dos regimes, as RMVs urbanas e rurais foram agrupadas. Em 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), foram criados benefícios assistenciais *stricto sensu* — os amparos assistenciais. Estes foram, também, derivados dos benefícios de prestação continuada.

Um primeiro documento do governo federal contendo algumas diretrizes para uma política social para a população idosa foi editado pelo MPAS em 1976. Baseou-se nas conclusões de três seminários regionais realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza e um nacional. Os seminários objetivaram a identificação das condições de vida do idoso brasileiro e do apoio assistencial existente para atender suas necessidades.

As principais propostas contidas no documento *Política social para o idoso: diretrizes básicas* [ver Brasil (2002)] foram:

- implantação de sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetivos, à manutenção do idoso na família;
- revisão de critérios para concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos;
- criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar;
- revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria;
- formação de recursos humanos para o atendimento de idosos;
- coleta de produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo Serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev) em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre outras.

Chama-se a atenção para o fato de que até o momento estudado as políticas do governo federal para a população idosa brasileira consistiam no provimento de renda para a população idosa que trabalhou de alguma forma e de assistência social para idosos necessitados e dependentes. A visão que parece ter predominado nas políticas é a de vulnerabilidade e dependência do segmento. Mudanças paulatinas nessa visão foram tomando corpo ao longo dos anos 1980 por influência do debate internacional.

3.2 Os Anos 1980 e a Constituição de 1988

Como signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982, o Brasil passou a incorporar, de forma mais assertiva, esse tema na sua agenda

política. O momento coincidiu com o período de redemocratização do país, o que possibilitou um amplo debate por ocasião do processo constituinte, resultando na incorporação do tema no capítulo referente às questões sociais do texto constitucional de 1988.[9]

Uma das conclusões da Assembléia de Viena foi a conscientização dos países da necessidade de incorporarem nos seus planos propostas de ações que garantissem um envelhecimento saudável. A sociedade deveria ser trabalhada no sentido de adotar um conceito positivo e ativo de envelhecimento, orientado ao desenvolvimento. Isso significa uma mudança de visão do papel do idoso na sociedade.

A sociedade brasileira já vinha se organizando para se estabelecer como um ator social de expressão das reivindicações da população idosa. Em 1977, uma primeira organização social já havia sido criada: a Associação Cearense Pró-idosos (Acepi). Esta tem por objetivo reivindicar os direitos dos idosos, estabelecer trabalhos conjuntos com o governo federal, assim como organizar entidades de atenção a eles. Uma outra manifestação da sociedade civil foi a criação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (Cobap) em 1984. Na verdade, esse não foi um movimento novo. Teve sua origem na década de 1960 com a criação da União dos Aposentados e Pensionistas do Brasil.

Em 1985, foi criada a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), órgão técnico-científico de âmbito nacional, voltado para a investigação e prática científica em ações de atenção ao idoso. O seu primeiro objetivo é o de "desenvolver constante ação política e técnica junto aos órgãos públicos, a entidades privadas e à comunidade em geral, reivindicando sua atenção e audiência para que os idosos possam expressar com dignidade suas reais necessidades e reivindicando, ainda, a adoção de medidas minimizadoras de seus problemas" [Machado (s.d.)].

O grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1988, que levou em consideração algumas orientações da Assembléia de Viena. Introduziu o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania. O texto legal estabeleceu, como princípios básicos, a universalização, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a seletividade na concessão, a irredutibilidade do valor das prestações previdenciárias, a fixação do benefício mínimo em um salário mínimo, a equanimidade no custeio e a diversificação da base de financiamento, a descentralização e a participação da comunidade,

9. De acordo com Uriona e Hakkert (2002), a alusão direta a ações voltadas à proteção social da população idosa nos textos constitucionais pode ser interpretada como um indicador de reconhecimento da importância da questão pela sociedade.

de trabalhadores, empregadores e aposentados na gestão (artigo 194 da Constituição). Assim sendo, a seguridade social passou a ser conceituada como "um contrato coletivo, integrante do próprio direito de cidadania, onde os benefícios seriam concedidos conforme a necessidade e o custeio seria feito segundo a capacidade de cada um" [ver Oliveira, Beltrão e Guerra(1997)].

Acesso a saúde e educação também foi garantido pela Constituição para toda a população, bem como assistência social para a população necessitada.[10] O ensino fundamental passou a ser obrigatório e gratuito, tendo sido assegurada, inclusive, a sua oferta para todos os que a ele não tiverem acesso na idade própria.

A Constituição de 1988 foi a primeira a contar com um título — da Ordem Social: Título VIII. Neste, o Capítulo VII refere-se às questões da família, da criança, do adolescente e do idoso. O artigo 230, por exemplo, ressalta que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida. Em seu primeiro inciso, o artigo estabelece que os programas de cuidados dos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. O segundo inciso amplia para todo o território nacional uma iniciativa que já vinha sendo observada em alguns municípios, desde o início da década de 1980: a gratuidade dos transportes coletivos urbanos para os maiores de 65 anos.[11]

Embora a Constituição de 1988 tenha feito um grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do idoso, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado da população idosa, podendo ser criminalizada caso não o faça. Isso foi inclusive objeto do título VII — Dos Crimes contra Família — Capítulo III, artigo 244, do Código Penal.

> "Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos (...)".

Um outro ponto constitucional com relação à proteção dos idosos, já salientado por Machado (s.d.), diz respeito ao artigo 227 do capítulo VII. Este explicita a absoluta prioridade do direito à vida, entre outros, das crianças e dos adolescentes. No entanto, apesar de este artigo fazer parte do capítulo sobre a família, a criança, o adolescente e o idoso, este último foi totalmente marginalizado:

---

10. Os artigos 196 e 203 do Capítulo II da Seguridade Social, título "Da Ordem Social", e o 208 do Capítulo III do mesmo título apresentam as deliberações.

11. Os municípios de São Paulo (Lei 9.651/83) e Aracaju (Decreto 59-83), por exemplo, contavam, desde 1983, com a isenção do pagamento de tarifas nos ônibus para as pessoas com mais de 65 anos.

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão."

Outro avanço da Constituição de 1988 pode ser visualizado no artigo 7º, do capítulo dos Direitos Sociais, no que diz respeito à proibição de diferenças de salário, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil. No entanto, a aposentadoria compulsória continua presente tanto nos regimes de previdência dos servidores públicos quanto dos privados, caracterizando uma discriminação no mercado de trabalho.

3.3 Os Anos 1990 e a Política Nacional do Idoso

Ao longo da década de 1990 foram regulamentados diversos dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de proteção aos idosos. Em 1991, foram aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social. Dentre as modificações introduzidas pela nova legislação, destacam-se o estabelecimento das regras para a manutenção do valor real dos benefícios; a uniformidade dos riscos cobertos pela previdência, bem como o estabelecimento de valores mínimos e máximos dos benefícios concedidos para as clientelas urbana e rural; a concessão de pensão também ao homem em caso de morte da esposa segurada; a introdução da aposentadoria por tempo de serviço proporcional à mulher; a redução da idade para concessão de aposentadoria por idade do trabalhador rural (homem) de 65 anos para 60 anos; e a concessão de aposentadoria por idade à mulher trabalhadora rural aos 55 anos.[12]

Em 1993, foram regulamentados os princípios constitucionais referentes a assistência social, com a aprovação da Loas (Lei 8.742, de dezembro de 1993). Essa lei estabeleceu programas e projetos de atenção ao idoso, em co-responsabilidade nas três esferas de governo, e regulamentou a concessão do benefício de prestação continuada às pessoas maiores de 70 anos de idade pertencentes a famílias com renda mensal *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo. Em 1998, a idade mínima para o recebimento do benefício foi reduzida para 67 anos e em 2004 para 65 anos.

Dando prosseguimento às diretrizes lançadas pela Constituição e fortemente influenciadas pelo avanço dos debates internacionais sobre a questão do

12. Por ocasião da aprovação dessa legislação foram levantados vários questionamentos sobre a sua viabilidade financeira e atuarial. Em janeiro de 1992, após grande polêmica em torno do pagamento do reajuste de valor de benefícios (de 47%) aos aposentados, foi criada pela Câmara dos Deputados uma comissão especial para estudo do sistema previdenciário, visando a um diagnóstico da situação e elaboração de novas propostas para discussão. No entanto, o período previsto coincidiu com o processo de *impeachment* do então presidente da República e grande instabilidade econômica, inviabilizando sua efetivação [ver Oliveira, Beltrão e Guerra (1997)].

envelhecimento, foi aprovada em 1994 (Lei 8.842) a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa política consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que "o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas". Para a sua coordenação e gestão foi designada a Secretaria de Assistência Social do então MPAS, atualmente Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Foi criado, também, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), que veio a ser implementado apenas em 2002.

As principais diretrizes norteadoras da PNI consistem em: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento.

A PNI também estabelece as competências das entidades e órgãos públicos. A implantação dessa lei estimulou a articulação e integração dos ministérios envolvidos[13] na elaboração de um plano de ação governamental para integração da PNI no âmbito da União. A operacionalização da política bem como das demais ações empreendidas no campo assistencial ocorre de forma descentralizada, através de sua articulação com as demais políticas voltadas para os idosos no âmbito dos estados e municípios e na construção de parcerias com a sociedade civil.

No plano da atenção à saúde, apenas em 1999 o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 1.395/ GM do MS), não obstante a Loas ter sido promulgada em 1990 (Lei 8.080). Esta foi conseqüência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas. A política apresenta dois eixos norteadores: medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico para esse contingente.

---

13. Previdência Social, Promoção, Assistência Social e Combate a Fome, Educação, Justiça, Cultura, Trabalho e Emprego, Saúde, Esporte e Turismo, Planejamento, Orçamento e Gestão e das Cidades.

3.4 Século XXI: o Estatuto do Idoso

Até recentemente, a legislação relativa à atenção dos idosos permaneceu fragmentada em ordenamentos jurídicos setoriais ou em instrumentos de gestão política. Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso. Este apresenta em uma única e ampla peça legal muitas das leis e políticas já aprovadas. Incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos. A identificação do idoso como um subgrupo populacional demandante de regras específicas implica uma dupla condição em termos de direitos sociais. Como salientam Velazco e Romero (2000),[14] isso representa um fator de igualdade e de diferenciação para promover a igualdade substantiva vinculada à justiça social, que nada mais é do que a eqüidade entre partes desiguais.

A aprovação do Estatuto do Idoso representa um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Madri. De acordo com Uriona e Hakkert (2002), uma lei geral voltada especificamente para os idosos é consoante com a construção de um entorno propício e favorável para as pessoas de todas as idades.[15]

Esse novo instrumento legal conta com 118 artigos versando sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, visando reforçar as diretrizes contidas na PNI. O avanço se dá, principalmente, no que se refere à previsão sobre o estabelecimento de crimes e sanções administrativas para o não cumprimento dos ditames legais. No entanto, dentre as ações propostas pelo estatuto, duas apresentam um caráter controverso: a proibição da discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados para os maiores de 60 anos (ver artigo 15, parágrafo 3º) e a exclusão para fins de aferição dos critérios de elegibilidade do recebimento por parte de outros idosos membros da família do benefício assistencial no cômputo da renda familiar (artigo 34, parágrafo único).

A eliminação da discriminação etária nos planos de saúde é tida pelos seus gestores como um fator provável de seu encarecimento, pois os aumentos dos custos decorrentes do envelhecimento dos segurados passarão a ser compartilhados com os demais participantes dos planos. A exclusão no cômputo do recebimento dos benefícios de prestação continuada da renda da família é tida como um avanço social, pois a aferição de uma renda própria é entendida como um ganho em termos de cidadania e auto-estima por parte dos idosos. Por outro lado, a nova

---

14. *Apud* Uriona e Hakkert (2002).

15. Este constitui um dos três princípios do Plano de Ação para o Envelhecimento, de Madri.

regra é vaga no sentido de não precisar quais benefícios deverão ser desconsiderados do cômputo da renda familiar. Isso tem gerado interpretações diferentes e um número elevado de processos judiciais na solicitação do benefício.

A redução da idade para o requerimento do benefício assistencial, igualando a idade requerida para esse benefício com a idade requerida para o de aposentadoria por idade dos trabalhadores urbanos do sexo masculino, não foi muito bem aceita por uma parte dos economistas do setor público. Estes acreditam que ela pode agir como um fator de desincentivo para a contribuição ao sistema previdenciário, principalmente, entre os trabalhadores de baixa renda. Por outro lado, há que se reconhecer que esses trabalhadores (de baixa renda) encontram-se, em grande maioria, na informalidade, não podendo contar com uma renda estável, sendo-lhes praticamente impossível dispor, mensalmente, de 20% de sua renda para contribuírem para o sistema previdenciário na condição de contribuinte individual. O maior desincentivo que esses indivíduos têm é a falta e/ou a instabilidade de renda.

Por fim, a questão do envelhecimento também aparece articulada com ações referentes ao meio ambiente e desenvolvimento sustentável e defesa do consumidor. A questão do meio ambiente, a partir da Agenda 21,[16] passou a ser entendida de forma mais ampla, integrada com outras questões estratégicas, tais como a geração de emprego e de renda, a diminuição das disparidades regionais e interpessoais de renda, as mudanças nos padrões de produção e consumo, entre outras. Nesse contexto, os grupos socialmente vulneráveis, entre estes, os idosos, são entendidos como "parceiros para o desenvolvimento sustentável".

No que se refere à defesa dos consumidores idosos, além do Código de Defesa e Proteção do Consumidor, outras iniciativas foram levadas a cabo para a proteção específica desse subgrupo. Pode-se citar, por exemplo, a Lei Federal 8.926, de 8 de agosto de 1994, que tornou obrigatória a inclusão de advertências e recomendações nas bulas de medicamentos sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos de idade.

4 AS POLÍTICAS SETORIAIS

Por políticas setoriais estão se considerando aqui, as políticas de renda (previdência e assistência social),[17] saúde, cuidados de longa permanência e integração social. São muitas as interfaces entre essas políticas. A atenção à saúde junto com o acesso

16. Documento elaborado por governos e instituições da sociedade civil de 179 países aprovado na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Cnumad), em 1992, no Rio de Janeiro.

17. Avaliação dessas duas políticas são objeto de vários trabalhos neste livro [ver Oliveira *et alii*; Beltrão *et alii*, Delgado e Cardoso Jr. e Saboia.

a renda atuam na promoção de maior independência física, psicológica e/ou financeira dos idosos. Já os cuidados de longa permanência são requeridos para aqueles que apresentam algum tipo de limitação física, mental ou econômica. As políticas de integração social perpassam todas as demais questões. Buscam construir um entorno favorável, onde os idosos possam desenvolver suas potencialidades e colaborar com o desenvolvimento e o crescimento da sociedade.

4.1 Políticas de Renda

Um dos determinantes da qualidade de vida dos idosos é o seu acesso a recursos monetários. Como salienta Guzmán (2002), o acesso a renda permite, além da garantia de padrões mínimos de qualidade de vida, a ajuda às gerações mais jovens e a adoção de uma posição mais altruísta que lhes dá um maior sentido a suas vidas, inclusive experimentando maior valorização dentro da família e na sociedade.

Os principais benefícios pecuniários a que os idosos brasileiros têm acesso, hoje, fazem parte da política de seguridade social[18] delineada na Constituição de 1988. Pode se falar na existência de três regimes de previdência social e um de assistência social. O primeiro é composto por benefícios de caráter contributivo dirigido aos trabalhadores urbanos da iniciativa privada (RGPS)[19] e outro para os servidores públicos (RPPS). Estes, quando instituídos, faziam parte de uma política de criação de uma carreira de Estado e na sua criação eram não-contributivos para a aposentadoria. A contribuição era devida apenas para o pagamento da pensão por viuvez. A partir de 1993, esse regime passou a ser de natureza totalmente contributiva.[20]

Para os idosos mais necessitados, conta-se com um regime de assistência social,[21] mencionado neste trabalho e em outros neste livro.[22] Entre os dois situam-se os benefícios da previdência rural, cuja elegilidade está condicionada ao trabalho no meio rural. São teoricamente contributivos, mas na prática o seu financiamento origina-se, principalmente, das contribuições urbanas.[23]

Vários trabalhos deste livro apontam para os efeitos não esperados da implementação das mudanças constitucionais relativas às políticas de renda nas

18. A Constituição de 1988 também incluiu saúde dentro da seguridade social.

19. Previdência social, Constituição Federal, artigo 201.

20. A natureza contributiva do RPPS foi regulamentada por meio da Ementa Constitucional, 3, de 1993. Para os servidores civis da União, foi estabelecida uma alíquota de contribuição de 11% sobre a totalidade da remuneração. Os militares, os servidores do Legislativo e do Judiciário contam com regimes especiais.

21. Assistência social, Constituição Federal, artigo 203.

22. Ver, neste livro, Saboia. Além deste, ver Beltrão, Camarano e Melo (2004) e Pasinato (s.d.).

23. Na realidade, existe uma pequena proporção de trabalhadores rurais que contribuem diretamente para a previdência social. Além disso, foi estipulada uma contribuição legal que consiste em uma alíquota sobre a primeira comercialização do produto agrícola (2,5%). O comprador é responsável por pagá-lo. Para mais detalhes, ver Beltrão, Camarano e Mello (2004).

condições de vida dos idosos, de suas famílias, especialmente, na redução da pobreza e do seu entorno no sentido mais amplo.[24] Estima-se que aproximadamente 16,7 milhões de famílias sejam beneficiados pela seguridade social. Esse alto valor caracteriza essas ações como uma política social moderna, capaz de resolver, pelo menos parcialmente, a questão da pobreza entre os idosos brasileiros [ver Barros, Mendonça e Santos (1999), Camarano (2003), entre outros].

Entretanto, o financiamento da seguridade social é uma questão não-equacionada. Perspectivas para a sua viabilidade futura têm sido objeto de intensos debates. Parece claro que as tradicionais maneiras de financiá-la não serão suficientes para lidar efetivamente com a população idosa do futuro crescendo a taxas relativamente elevadas, em um contexto de crescente informalização do mercado de trabalho e de baixo crescimento econômico.

Ao longo da década de 1990,[25] o Estado brasileiro se empenhou em promover progressivos ajustes ao sistema de previdência social, tendo, nos últimos anos, redefinido alguns parâmetros dos regimes, tanto no que se refere ao RGPS quanto ao RPPS, com o intuito de restringir o acesso aos benefícios, principalmente por meio de postergação da idade de requerimento do benefício, e, também, de atrelar o recebimento do beneficio à contribuição.

A reforma previdenciária de 1998 (Emenda Constitucional, 20) modificou ambos os regimes (RGPS e RPPS) através da transformação da aposentadoria por tempo de serviço em aposentadoria por tempo de contribuição[26] e da eliminação da aposentadoria por tempo de serviço proporcional com a adoção de uma regra de transição para os já participantes dos sistemas. A fixação de um limite mínimo de idade, de 55 anos para as mulheres e de 60 anos para os homens, para o requerimento da aposentadoria por tempo de contribuição, no entanto, ficou restrita ao funcionalismo público.[27] Por outro lado, a Ementa Constitucional, 20 retirou

24. Ver, neste livro, por exemplo, Saboia, Delgado e Cardoso Jr., e Beltrão *et alii*, para uma análise de impacto dos benefícios de previdência rural e assistenciais na renda das famílias, e Camarano *et alii*, para avaliação dos demais benefícios.

25. Na verdade, ajustes ao sistema têm sido uma constante na sua história. Um dos exemplos é o aumento da alíquota de contribuição paga pelos empregadores. Esta passou de 3% em 1930 para em torno de 22% (dependendo da atividade da empresa) da folha de salários nos dias atuais. Mudanças freqüentes resultam em perda da credibilidade do sistema, porque têm atingido toda a população participante. Ajustes devem ser feitos, dadas as constantes mudanças demográfica na estrutura de mercado de trabalho, no ritmo de crescimento da economia, mas para os futuros ingressantes.

26. No caso dos servidores públicos, implicou a eliminação da contagem de tempo fictício. Por exemplo, licença-prêmio não gozada era contada em dobro para fins de aposentadoria.

27. O texto previu regras de transição para os participantes do sistema, que consistiu de um adicional de 20% do tempo ainda restante para a aposentadoria integral na data da promulgação da emenda ou de 40% no caso da aposentadoria proporcional. Foi também estabelecido um limite mínimo de idade de 48 anos para mulheres e 53 anos para homens durante a transição. Esse limite foi mantido para os trabalhadores do setor privado apenas para os benefícios proporcionais. Não se estabeleceu um limite de idade para o requerimento do benefício integral para os trabalhadores do setor privado.

do texto constitucional a regra de cálculo dos benefícios de aposentadoria por tempo de contribuição e por idade para os trabalhadores da iniciativa privada. Isso permitiu, que com a aprovação da Lei 9.876 em 1999, a regra para o cálculo desses benefícios fosse alterada através da criação do “fator previdenciário”.[28]

De acordo com Oliveira, Guerra e Cardoso (2000), essa fórmula representa um mecanismo importante redutor dos déficits do sistema previdenciário, apesar de gerar crescentes iniqüidades, principalmente de gênero. Comparada com a situação vigente no momento da reforma, a nova fórmula reduz os benefícios masculinos em 33,9% e os femininos em 43,9%. Além disso, como mostrado neste livro por Beltrão *et alii*, a reforma já conseguiu alguns resultados no sentido de postergar a idade à aposentadoria.

Pretendeu-se com a Ementa Constitucional, 41, de 2003, promover a eqüidade entre os regimes (RGPS e RPPS). No entanto, estes ficaram ainda mais distanciados. Para o funcionalismo público, as principais medidas aprovadas foram: a redução do valor da pensão por morte, introdução da contribuição dos inativos para os que recebem aposentadorias superiores a R$ 2.400, redução de 5% no valor das aposentadorias proporcionais para cada ano que o servidor deseje antecipar o requerimento do benefício.[29] Para os trabalhadores do setor privado, a alteração verificada refere-se ao aumento do teto de contribuição. Isto, por um lado, implica um incremento das receitas no curto prazo, ao aumentar a base de incidência das contribuições.[30] Por outro lado, não resolve a questão do equilíbrio orçamentário no longo prazo, já que os valores dos benefícios também serão calculados sobre patamares mais altos.

A legislação dos benefícios rurais não experimentou nenhuma mudança desde a regulamentação dos dispositivos constitucionais em 1991. Por outro lado, a implementação das diretrizes da Loas, como mencionada anteriormente, tem resultado num aumento expressivo na demanda por benefícios assistenciais. O limite de idade para esses benefícios foi reduzido de 70 anos para 67 anos em 1998. Como resultado, o número de benefícios assistenciais em manutenção cresceu de 88.085 para 311.177, entre 1997 e 1999. Em janeiro de 2004, a idade mínima foi reduzida para 65 anos. Isso já provocou um impacto no crescimento do fluxo de novas concessões. Comparando-se os quatro primeiros meses de 2003 com igual

28. Para a aposentadoria por idade é facultativa a adoção do fator previdenciário.

29. Válida apenas para os já participantes do regime. Altera as regras de transição da emenda constitucional 20, que extinguiu o benefício proporcional.

30. Na verdade, o aumento das receitas de contribuição no curto e médio prazos não é muito expressivo, pois se refere apenas à parte do empregado. As empresas já contribuíam sobre a totalidade dos salários de seus empregados.

período em 2004, nota-se um aumento de mais de três vezes no volume das concessões de novos benefícios assistenciais [ver Beltrão, Camarano e Mello (2004)].

Tem-se observado, também, uma concomitante tentativa de reestruturação do marco legal do regime de previdência complementar, como forma de promover o setor e possibilitar a criação de uma cultura de previdência privada. Assume-se ser esta necessária para o desenvolvimento e expansão dos mercados financeiros e para a criação de incentivos à formação de poupança para investimentos produtivos com prazos longos de maturação.

A análise do debate sobre a crise do sistema previdenciário e as medidas dele decorrentes têm se pautado, não só no Brasil, por uma visão da crise como de natureza exclusivamente contábil, e uma insolvência de fato ou iminente é a sua única motivação. As duas reformas em curso nos anos 1990 não levaram em conta as transformações no mercado de trabalho, tais como a retração do emprego, a informalização generalizada e a precarização em que a alternância entre a condição de trabalhador ocupado e desocupado é cada vez mais freqüente, tornando impossível para os indivíduos honrarem as obrigações em geral e, portanto, com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Algumas conseqüências já podem ser antecipadas: a não solução da questão do financiamento e o aumento da pressão sobre os benefícios assistenciais. O trabalho mencionado de Oliveira *et alii*, neste livro, apresenta, também, uma previsão de necessidades adicionais de financiamento do sistema. A depender do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e dos reajustes do salário mínimo, a proporção dessas necessidades pode variar de 1,3% a 3,9% do PIB em 2030.

Considerando que o financiamento da assistência social advém do orçamento da seguridade social, é pouco provável que todos esses trabalhadores sem condição de se aposentar venham a ser cobertos pela assistência social. Quer dizer, teme-se que as "reformas" contribuam para o aumento da vulnerabilidade dos idosos do futuro.[31]

Parece claro, portanto, que as tradicionais maneiras de financiar a seguridade social não serão suficientes para lidar efetivamente com a população idosa do futuro em um contexto de crescente informalização da economia. A busca de solução para o seu financiamento deve levar em conta outras formas de captação de recursos, bem como de sua distribuição. Além disso, sugere-se que qualquer

31. A preocupação com os impactos que as reformas empreendidas em vários países da América Latina possam vir a ter no aumento das demandas por benefícios assistenciais já foi manifestada em um documento do Banco Mundial (2004). Essa preocupação baseia-se na observação do crescimento da proporção da população ocupada não-contribuinte para o sistema de países com longa tradição previdenciária, como a Argentina.

tentativa de mudança do sistema atual considere os efeitos não-esperados dos avanços da seguridade social nas condições de vida dos idosos, de suas famílias e do seu entorno no sentido mais amplo, o que está bastante documentado em vários capítulos deste livro.

4.2 Políticas de Saúde

Os padrões de morbimortalidade da população idosa diferem radicalmente dos observados para o restante da população, o que requer que estes sejam alvo de políticas de saúde especiais. Caracterizam-se, primordialmente, por enfermidades crônicas, que resultam em um consumo maior de consultas médicas, internações hospitalares (número e tempo de permanência), exames periódicos, medicamentos etc.[32] Por outro lado, desde 1997, a OMS tem recomendado que os programas de envelhecimento e saúde considerem o envelhecimento como uma parte do ciclo vital, o que implica não considerar os idosos como um grupo estático, separado do resto da população [Sayeg e Mesquita (2002)].

O crescimento nas despesas com saúde provocadas pelo envelhecimento e a necessidade de promoção da saúde com vistas ao envelhecimento ativo coloca um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados [Veras (2003)].

Esta subseção está dividida em duas partes. Inicia-se com uma descrição do sistema de saúde brasileiro e, na segunda, apresentam-se as principais estratégias do governo brasileiro no campo da saúde do idoso.

4.2.1 O sistema de saúde brasileiro

O atual sistema de saúde no Brasil baseia-se em três formas de contratação de serviços:

a) público, com serviços prestados pelo SUS cuja cobertura é universal;

b) planos de saúde privados pré-pagos por empresas, famílias e indivíduos (clientela fechada); e

c) contratação direta dos serviços pelos indivíduos.

A atenção à saúde passou a ser universal e de responsabilidade do Estado com a promulgação da Constituição de 1988. Anteriormente, o MS responsabilizava-se pelas ações do tipo preventivas para toda a população. Os demais serviços de

32. Para uma análise dos custos de saúde para a população idosa brasileira, consulte, neste livro, o capítulo de André Nunes.

saúde (ações de natureza curativa) faziam parte dos serviços oferecidos aos segurados dos planos de previdência pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Alguns estabelecimentos filantrópicos prestavam serviços a famílias pobres e a indigentes [Marques (1999)].

De maneira geral, pode-se dizer a política de saúde brasileira excluía os trabalhadores rurais e os do setor informal urbano, além dos pobres e indigentes. Era dirigida, particularmente, aos trabalhadores do setor formal, o que caracterizava, segundo Santos (1979),[33] a política social brasileira de até então, uma política de "cidadania regulada". O direito a um serviço de saúde dependia da posse de uma carteira de trabalho.

A Constituição de 1988 reformou o sistema de saúde por meio da criação do SUS. A saúde passou a ser definida como um direito de todos e dever do Estado. Foram estabelecidos os princípios, as diretrizes e a organização das ações e serviços de saúde. As principais diretrizes foram: descentralização das ações e serviços com direção única em cada esfera do governo; integralidade no atendimento com prioridade para as atividades preventivas; e participação da comunidade como mecanismo para efetivar o controle social do sistema.

De acordo com Marques (1999), não obstante a intenção do Estado brasileiro de estabelecer um único sistema de saúde, o que se tem na prática são dois ou mais sistemas funcionando, o que resulta em uma segmentação de assistência. Um dos resultados é a institucionalização de um modelo dual de bem-estar social, representado por dois pólos: os trabalhadores dos setores econômicos de ponta cobertos pelo sistema privado de saúde e os trabalhadores vinculados aos setores economicamente mais empobrecidos, os desempregados, que são os dependentes do sistema público de saúde [Elias (1996)].[34]

É difícil conhecer a proporção da população brasileira que utiliza os serviços de saúde da rede pública. Os suplementos especiais das pesquisas nacionais por amostra de domicílios (PNAD) de 1981 e 1998 perguntaram para as pessoas que foram hospitalizadas no ano anterior à pesquisa em que rede hospitalar (pública e privada) elas o fizeram. Reconhece-se a dificuldade da comparação temporal dessas informações, pelo fato das mudanças no sistema de saúde público, bem como na ampla disseminação dos planos de saúde pré-pagos em curso no país desde os anos 1980, aqui considerados como gastos privados e, ainda, pelo fato de o SUS também contratar serviços na rede privada.[35] Reis (2000) estimou que os gastos

33. *Apud* Draibe (1989).

34. *Apud* Marques (1999).

35. Para uma bibliografia sobre a evolução dos planos de saúde, ver Oliveira, Beltrão e Médici (1993).

privados dos idosos com saúde são equivalentes a 8% do total de gastos privados com saúde.

Os avanços na política de saúde brasileira não se ativeram apenas a sua universalização e descentralização. O Brasil conquistou também importantes avanços no campo da saúde, com uma mudança do paradigma de atendimento. O modelo de atendimento passou de especializado e hospitalocêntrico[36] para um mais voltado para o atendimento primário ou atenção básica.

As mudanças de paradigma expressaram-se entre outros fatores, pela adoção em 1991 do programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Este evoluiu em 1994 para o Programa de Saúde das Famílias (PSF). Incorpora agentes comunitários e equipes compostas por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A proposta do programa é a de prestação de uma atenção a saúde integral e contínua, o que possibilita a melhoria das condições de vida das famílias e a redução das necessidades de hospitalização e, conseqüentemente, dos custos de saúde.

O PSF coloca a necessidade de uma atenção especial aos idosos. Essa atenção pode se efetivar através de medidas promocionais de proteção específica, da identificação precoce dos agravos de saúde mais freqüentes e sua intervenção, bem como por medidas de reabilitação voltadas para evitar a sua separação do convívio familiar e social [Silvestre e Costa Neto (2003)]. Isso representa um avanço em termos de um modelo de saúde, pois como salientado por Lloyd-Sherlock (2002), os idosos são normalmente associados a doenças crônicas e tratamentos dispendiosos sem que se leve em consideração as potenciais contribuições que um atendimento primário de saúde possa ter para a redução dos custos.

Os "presumidos" elevados custos de saúde da população idosa são, em parte, decorrentes do modelo de saúde adotado. Os custos de se financiar uma população idosa com uma alta incidência de doenças crônico-degenerativas serão muito maiores do que o de financiar uma população ativa e saudável. Quer dizer, a forma como os serviços de saúde são organizados numa sociedade é um determinante importante desses custos [Lloyd-Sherlock (2002)]. Medidas preventivas na área da saúde,[37] como, por exemplo, as voltadas para o envelhecimento saudável e para a manutenção da capacidade funcional, podem melhorar a qualidade de vida da população idosa e postergar a demanda pelos cuidados de longa permanência.

---

36. "Este tipo de modelo trazia poucos resultados na solução dos problemas de saúde da grande maioria da população, dado seu alto custo, sua baixa cobertura e sua distância do quadro nosológico real" [Oliveira, Beltrão e Médici (1993,p.52)].

37. Estima-se, por exemplo, que a diminuição de hospitalizações no período de inverno dos anos de 2000 e 2001, devido às campanhas de vacinação contra gripe, seja da ordem de 77,6% segundo os dados do MS [Brasil (2002)].

4.2.2 A política nacional de saúde dos idosos

Como mencionado, a Política Nacional de Saúde do Idoso foi criada pelo MS como parte da PNI, em 1999. Essa política considera que "o principal problema que pode afetar o idoso, como conseqüência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária" [MS (2002, p. 15)].

Levando isso em consideração, as principais diretrizes traçadas foram: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e apoio a estudos e pesquisas sobre o tema.

De acordo com a PNI, cabe ao setor saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia; a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concurso público; e a realização de estudos e pesquisas na área.

4.3 Cuidados de Longa Permanência

Cuidados de longa permanência dirigem-se aos idosos que perderam parte de sua autonomia física e mental e a família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para a prestação dos cuidados necessários. Em geral, são os mais idosos. As ações governamentais nessa modalidade de atenção são, quase sempre, de caráter assistencial. São formuladas em nível federal, mas executadas, na sua maioria, de forma descentralizada em parcerias que envolvem os estados, os municípios e a sociedade civil. O papel do Estado consiste em prover os serviços para os idosos de baixa renda,[38] regular e fiscalizar as instituições privadas que prestam esses serviços.

Cuidar de pessoas com necessidades especiais, como idosos dependentes, não é uma tarefa nova. O que se observou ao longo do século XX foi uma progressiva transferência de uma atividade tradicionalmente desenvolvida no espaço privado das famílias para o espaço público ou estatal. Isso pode ser atribuído ao aumento da participação da mulher na força de trabalho, o que reduz as suas possibilidades de "cuidadora" natural; as transformações observadas nos núcleos familiares, onde se destaca a quebra dos laços de solidariedade familiar associada ao processo de migração e urbanização, a redução do tamanho das famílias e o

38. Idosos com 65 anos ou mais que não possuam meios para prover sua própria subsistência ou de tê-la provida por sua família.

surgimento de grandes instituições hospitalares e/ou assistenciais para a prestação de serviços de atenção integral aos idosos, tais como asilos, albergues, abrigos ou casas de repouso [Wanderley *et alii* (1998)].

Cuidados institucionais não constituem uma prática generalizada nas sociedades latinas. No entanto, a demanda por esse tipo de cuidado está aumentando em todo o mundo como resultado das transformações já citadas.[39] As restrições a essa prática são de várias ordens: custos financeiros e sociais elevados e baixa eficiência e eficácia dessa modalidade de atenção em relação aos seus benefícios. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar. O texto constitucional brasileiro de 1998 assinala como preferencial que os programas de amparo aos idosos sejam executados em seus lares.[40] Ao envelhecer, os indivíduos defrontam-se com várias rupturas, tais como a aposentadoria, a viuvez, a morte de amigos e a proximidade de sua própria morte. O quadro pode ser agravado se parte dos idosos for acometida por redução na sua capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD), o que compromete a sua autonomia.

No âmbito da PNI, em 2001, a Secretaria de Estado de Assistência Social estabeleceu normas de funcionamento de serviços sociais de atendimento ao idoso brasileiro. Uma das propostas foi a mudança dos paradigmas nas várias modalidades de atendimento, definindo parcerias, promovendo a integração intersetorial e a co-responsabilidade do Estado, da sociedade e da família.[41]

As novas formas de organização dos serviços de atenção aos idosos levam em conta as necessidades dos idosos, sejam elas funcionais, financeiras e/ou sociais. Podem ser agrupadas, segundo Diogo e Duarte (2002), em três modalidades, que variam de acordo com o local em que são operacionalizadas:

a) Ambiente domiciliar

Com o objetivo de estimular a permanência do idoso com algum nível de dependência na sua própria família[42] ou em famílias que estejam dispostas a acolher idosos abandonados pela família natural,[43] a estratégia adotada é a oferta de uma

39. Em alguns países do mundo desenvolvido, políticas têm sido desenvolvidas para ampliar a cobertura dos cuidados de longa permanência para a população idosa. Na Alemanha (1994) e no Japão (2000), por exemplo, foram criados seguros obrigatórios [O'Shaughnessy (2002)]. Nos países com sistemas de proteção social mais amplos, como os escandinavos, além de uma tradicional maior disponibilidade de serviços sociais (creches, asilos, atendimentos domiciliares), é previsto um benefício pecuniário para os cuidadores dos idosos, como forma de recompor as perdas decorrentes de seu afastamento do mercado de trabalho [Denmark (2002)].

40. Parágrafo 1º do artigo 230, da Constituição Federal de 1988.

41. Portaria 73, de 10 de maio de 2001, da Secretaria de Estado de Assistência Social do MPAS.

42. Modalidade residência em família natural.

43. Modalidade residência em família acolhedora.

suplementação financeira à família com recursos insuficientes para a manutenção do idoso e visitas domiciliares de cuidadores especializados.

Ainda dentro dessa modalidade de cuidado no ambiente domiciliar, uma outra alternativa, vislumbrada no programa, é a de "residência em repúblicas". É uma alternativa para idosos independentes.

b) Ambiente comunitário

Nessa modalidade, são oferecidas moradias no caso de "residência em casa-lar," atendimentos prestados durante todo o dia nos centros-dia e desenvolvimento de atividades que promovam a sociabilidade em "centros de convivência". No primeiro caso, encontram-se alternativas de residência para pequenos grupos de idosos, que estão sós ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para a sua sobrevivência.

Os centros-dia são um programa de atenção integral às pessoas idosas que, por suas necessidades e/ou de seus familiares, não podem ser atendidas nos seus próprios domicílios. Possibilita à pessoa idosa ser atendida durante o dia e retornar à noite para sua residência, propiciando a manutenção dos vínculos familiares, a sua socialização a custos financeiros mais baixos do que o atendimento institucional.

Os centros de convivência consistem em atividades que visam ao fortalecimento de atividades associativas, produtivas e de promoção da sociabilidade. Visam contribuir para a autonomia, o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção do isolamento social e a geração de renda. Em parceria com o governo federal, o Sesc implementou centros de convivência em 25 estados brasileiros, atendendo aproximadamente a 100 mil idosos.[44]

c) Ambiente integral institucional

São atendimentos prestados por instituições asilares, prioritariamente, aos idosos sem família, em situação de vulnerabilidade. São oferecidos serviços de atenção biopsicossocial, em regime integral, priorizando o vínculo familiar e a integração comunitária. São classificados em submodalidades de acordo com a forma do atendimento:

Modalidade I. Destinada a idosos independentes para as atividades da vida diária, mesmo que necessitem utilizar algum equipamento de auto-ajuda.

Modalidade II. Dirigida a idosos dependentes e independentes que necessitem de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área da saúde.

---

44. Acessível em: <www.sesc.com.br>, em 30/7/2004.

Modalidade III. Voltada para idosos dependentes que necessitem de assistência total em, pelo menos, uma atividade da vida diária.

De acordo com o MDS (atual ministério responsável pelo programa) o programa de "atendimento à pessoa idosa" descrito atendeu, em 2002, a 306.703 famílias de idosos, o que correspondeu a aproximadamente 2,5% do total de famílias com idosos. Em relação a 2001, observou-se um incremento de 5,6 mil famílias atendidas. De acordo com dados da Gerência de Atenção à Pessoa Idosa do MDS, existem, atualmente, 24.964 idosos institucionalizados nas redes conveniadas com o ministério.

A legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa é bastante avançada. No entanto, a prática tem se mostrado pouco satisfatória. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório intitulado *V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil*. De acordo com o relatório, existiam aproximadamente 19 mil idosos institucionalizados em todo o país, o que representa aproximadamente 0,14% do total de idosos brasileiros. No entanto, como salientado pelo documento, é de se esperar que esse número seja bastante maior se se levar em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e, possivelmente, grande parte delas funcione na clandestinidade. A maior ausência do poder público não reside, no entanto, na insuficiência presumida do número de vagas existentes e sim nas péssimas condições em que se encontram essas instituições, ou seja, na falta de uma supervisão adequada.[45]

Um avanço importante do Estatuto do Idoso (artigo 35) foi o de estabelecer a obrigatoriedade de se firmar um contrato de prestação de serviços entre as entidades (asilos e similares) e os idosos. Foi facultada às instituições a cobrança de contribuições por parte dos idosos, mas limitada a 70% da sua renda.

Em um contexto de baixa cobertura dos programas de cuidados institucionais, como o Brasil, a preparação da família para o cuidado dos idosos destaca-se como uma alternativa mais viável, principalmente, em virtude da escassez de recursos financeiros. Tanto a PNI quanto a Política Nacional de Saúde do Idoso enfatizam a necessidade de que os cuidadores informais recebam treinamentos básicos referentes a cuidados com a higiene pessoal, medicação de rotina etc. Além disso, salientam a

---

45. Ver um parágrafo da apresentação do referido relatório de autoria do Deputado Marcos Rolim: "Muitas dessas casas são, apenas, pequenos e modestos empreendimentos privados pelos quais seus proprietários auferem renda. Para isso, apropriam-se das aposentadorias e pensões e outros benefícios dos internos; muitas vezes manipulando diretamente os cartões bancários de seus clientes e a generosidade da comunidade envolvida em campanhas beneficentes. Outras instituições manifestam o resultado de um espírito filantrópico que se imaginou auto-suficiente. Nesses casos, a boa intenção costuma ser rapidamente ultrapassada pelas carências e dificuldades oferecidas aos próprios internos por conta da ausência absoluta de qualquer profissionalismo, seja na administração da Casa, seja no cuidado com os idosos. Tanto numa quanto noutra situação, o que temos são depósitos de pessoas desassistidas."

necessidade da formação de núcleos de apoio, que permitam a troca de experiências entre os cuidadores, com vistas a evitar tanto o isolamento dos idosos quanto dos próprios cuidadores.

A preparação da família para o cuidado dos idosos conta com a participação ativa da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), através da Pastoral da Terceira Idade. A Pastoral da Terceira Idade da Diocese de Cornélio Procópio, por exemplo, realiza, desde 1996, o curso de cuidador informal de idosos com o objetivo de orientar familiares de idosos dependentes. A Pastoral da Terceira Idade realiza, também, um serviço de acompanhamento domiciliar, mensal, através dos líderes comunitários, encaminhando, quando necessário, os idosos para a rede básica de saúde ou outras entidades. O programa procura orientar os idosos sobre a importância das atividades físicas e cuidados básicos com a alimentação e saúde.

No último trimestre de 2003, o programa atendia a 1.380 comunidades, em 23 dos 27 estados brasileiros, com um acompanhamento mensal de 33.215 idosos em 25.263 famílias [CNBB (2004)]. Em relação a 2001, observou-se um acréscimo de 549 comunidades, 10 estados, 12.519 idosos e 9.348 famílias beneficiadas. Nesse último ano, aproximadamente 1/3 das pessoas que trabalhavam no programa era voluntário com mais de 60 anos de idade [Brasil (2002)].

Uma outra experiência pioneira de assistência domiciliar no país foi a do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. No início dos anos 1990, a equipe gerontogeriátrica desse hospital implantou medidas para a preparação do paciente e do familiar acompanhante durante o período de internação, visando à alta futura e aos cuidados especiais que esta requereria. O modelo vem sendo aprimorado e implementado em diversas instituições públicas e privadas em todo o país [Yuaso (2002)].

4.4 Integração Social

Políticas públicas com vistas à integração social dos idosos também podem ser entendidas como parte de um programa de promoção de um envelhecimento saudável e ativo como preconizado pelos Planos de Ação para o Envelhecimento de Viena e Madri. A incorporação de estratégias de integração social em um plano de ação para a população idosa é relativamente nova [Zunzunegui *et alii* (2003)]. Essas estratégias pressupõem que a última etapa da vida deve ser desfrutada em condições de estabilidade econômica e pessoal, através de uma ativa participação na vida familiar e social e com uma boa avaliação da própria saúde. Essa visão contrapõe-se ao estereótipo de que a idade avançada é apenas uma fase da vida marcada pela senescência e preparação para a morte.

Algumas das ações que visam a esse objetivo são as iniciativas de associativismo, que apresentam um alto grau de interação do Estado com a sociedade civil. As experiências podem ser entendidas desde a esfera das relações de trabalho, como, por exemplo, as associações de aposentados, até a promoção das relações intergeracionais.

Esta subseção descreve as estratégias de ação referentes à integração social dos idosos em três áreas: educação e cultura, esporte e turismo e atividades relacionadas às associações de aposentados e pensionistas.

4.4.1 Educação e cultura

As principais atividades consideradas nesta subseção são ações voltadas para a educação complementar, que visam suprir as carências na formação dos idosos e as que buscam o seu aperfeiçoamento profissional e valorização social.

O primeiro espaço para a realização de atividades educativas e culturais voltadas para os idosos no Brasil surgiu no Sesc de São Paulo em 1963. A primeira escola aberta para a terceira idade ocorreu por iniciativa do corpo técnico desse mesmo Sesc, projeto iniciado em 1977. Essa equipe já contava com a experiência de um centro de convivência, uma iniciativa também pioneira do Sesc. Contou com o apoio da Universidade de Toulouse — primeira universidade aberta para a terceira idade no mundo [Nunes (2000)].

"Escolas e universidades abertas para a terceira idade" são espaços voltados para a congregação da população idosa. Tem por objetivos a valorização do idoso e a criação de uma imagem positiva que resgate o seu conhecimento como fonte de saber e a abertura de possibilidades para a ampliação de sua escolaridade em um sentido amplo. Guerreiro (1993)[46] ressalta que: "Além dos conhecimentos ali ministrados e a possibilidade de uma profissionalização, a Universidade para a Terceira Idade cria o que se poderia chamar de uma 'cultura da terceira idade'(...). O termo 'cultura da terceira idade' é um conjunto de valores e práticas voltados para a demonstração de que é possível ser jovem em qualquer idade."

Consta do registro do Ministério da Educação a existência, em 2002, de 85 instituições de nível superior envolvidas com o desenvolvimento de atividades voltadas para a terceira idade no Brasil. Destas, 52 são públicas e 33 de iniciativa privada. A maior parte está localizada na região Sudeste [Brasil (2002)].

Oportunidades para o desenvolvimento de habilidades individuais e de geração de renda, como, por exemplo, as atividades artesanais, são incentivadas pelas Secretarias de Assistência Social (e congêneres) dos estados e municípios da região Nordeste.

46. *Apud* Debert (1999).

As atividades lúdicas também se apresentam como importantes mecanismos de integração da população idosa. Em 1993, por exemplo, o Sesc desenvolveu o projeto "Era uma vez...", que apresenta um caráter socioeducativo de integração intergeracional — crianças, jovens e idosos — tendo por fio condutor a literatura infantil. Em 2000, esse projeto já tinha sido implementado em 13 departamentos regionais do Sesc [CRE (2000)].

A internet já aparece como uma rede alternativa de integração social para a população idosa. Os idosos têm sido, também, solicitados a responder às demandas tecnológicas e, principalmente, do mundo digital e computacional. Ainda que a percentagem da população com acesso ao microcomputador seja pequena, especialmente nessa faixa etária, são vários os portais de informação destinados a esse público. Os sítios direcionados para a terceira idade prestam informações sobre os mais variados assuntos: estética, direito dos idosos (inclusive as especificidades legais), benefícios sociais (aposentadorias e pensões), turismo, cultura e lazer, salas de "bate-papo" onde os idosos podem trocar suas experiências etc.

Em todos os programas analisados, no entanto, verifica-se um viés de gênero. Debert (1999, p. 139), referindo-se à experiência brasileira, ressalta que os programas de convivência para a terceira idade mobilizam, sobretudo, o público feminino. "A participação masculina raramente ultrapassa os 20% e o entusiasmo manifestado pelas mulheres na realização das atividades propostas contrasta com a atitude de reserva e indiferença dos homens. Essa desproporção tem preocupado os estudiosos dos programas, que apontam, com razão, os limites das explicações que se reduzem a constatar que as mulheres vivem mais do que os homens."

Os idosos contam também com uma série de descontos em atividades culturais e artísticas. Embora isso já fosse uma prática em vários municípios e estados brasileiros, o Estatuto do Idoso ampliou para todo o território nacional um desconto de pelo menos 50% sobre o valor dos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, além do acesso preferencial aos locais dos eventos (Estatuto do Idoso, artigo 23).

4.4.2 Associações de aposentados e pensionistas

O trabalho nas sociedades industriais é uma das mais importantes formas de integração social. Nesse sentido, a participação dos idosos em associações de aposentados representa uma forma importante de manutenção de seu vínculo com o mercado de trabalho. Como salientado por Simões (2000), as manifestações de protesto contra o arrocho dos benefícios previdenciários, ocorridas entre 1991 e 1992 (a mobilização pelos 147%, como ficou conhecida) transformaram os idosos aposentados e pensionistas na maior categoria "profissional" do país.

As associações de aposentados e pensionistas surgiram em função da desagregação dos interesses dos trabalhadores ativos e inativos das categorias profissionais quando da unificação do sistema previdenciário. No entanto, a sua estrutura mantém a mesma conformação da organização sindical brasileira, de onde grande parte dos seus dirigentes é egressa. A Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (Cobap) congrega, atualmente, aproximadamente 800 entidades filiadas por todo o território nacional entre federações e entidades de base. As principais atividades dessas confederações dizem respeito à prestação de informações sobre os direitos dos aposentados e sobre o andamento dos processos na justiça.[47]

A participação de idosos em associações de aposentados e pensionistas e/ou por categoria profissional, ao contrário do observado em atividades como as dos centros de convivência, dos clubes da terceira idade e das universidades da terceira idade, é predominantemente masculina. Como salientado por Debert (1999), a obtenção de dados sobre a participação feminina nesses movimentos não é muito freqüente, o que pode ser entendido como uma herança da baixa participação das mulheres no mercado de trabalho no passado recente.

4.4.3 Esportes e turismo

O incentivo à prática de atividades físicas tem por objetivo a promoção da saúde dos idosos. O Ministério do Esporte, em parceria com a sociedade civil, desenvolve o projeto "Vida Ativa na Terceira Idade", que é implantado e mantido em núcleos de atendimento e desenvolvimento de atividades físicas e lazer.

A tabela a seguir apresenta alguns indicadores de desempenho. Observa-se um crescimento de núcleos de atendimento em um número maior de estados e municípios. O resultado é um aumento na cobertura dos idosos atendidos. Em 2002, o programa passou a integrar um novo programa — "Esporte e Lazer da Cidade" —, voltado para todas as idades.

INDICADORES DE DESEMPENHOS: VIDA ATIVA NA TERCEIRA IDADE — 1999-2002

	1999	2000	2001	2002[a]
Idosos atendidos	3.560	15.611	18.915	30.000
Núcleos	36	93	116	350
Estados	4	11	12	17
Municípios	9	48	43	100

Fonte: Ministério do Esporte. Acessível em: <www.esporte.gov.br>

[a] Os dados para 2002 são baseados em projeções.

47. Acessível em: <www.cobap.hpg.ig.com.br> em 03/08/2004.

No âmbito do turismo, o Ministério do Turismo em parceria com os clubes da melhor idade,[48] desenvolve o programa "Melhor Idade". Este tem por objetivo melhorar o aproveitamento da infra-estrutura do turismo na baixa temporada. A implementação do programa fica a cargo dos clubes mencionados, onde são programadas atividades artísticas, culturais, recreativas, bem como viagens preparadas por agências credenciadas pela Empresa Brasileira de Turismo (Embratur), a custos reduzidos. De acordo com a Associação Brasileira dos Clubes da Melhor Idade (ABCMI), são 50 mil os filiados a essa instituição. Estes, através do pagamento de uma anuidade de R$ 20, podem comprar pacotes turísticos abaixo do preço de mercado [ver *Folha de S.Paulo* (3 de novembro de 2003)].

De acordo com a presidente da ABCMI, Nadir Parigot, muito ainda pode ser feito para o desenvolvimento desse mercado potencial. "Enquanto nos Estados Unidos, a terceira idade representa 80% do turismo doméstico, esse número cai para 20% no Brasil" [*Folha de S.Paulo* (03 de novembro de 2003)].

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA SOCIEDADE PARA TODAS AS IDADES?

Nas últimas duas décadas muito se avançou na questão do envelhecimento populacional tanto no que se refere à agenda internacional quanto à nacional. A legislação incorporou grande parte das sugestões das assembléias internacionais. No entanto, fica pendente a necessidade de que essas leis se façam valer no cotidiano dos idosos brasileiros.

Até meados do século passado, a idade avançada estava associada a carências de renda, em função da incapacitação para o trabalho e do surgimento de limitações físicas e mentais. Ou seja, os idosos teriam a sua autonomia comprometida por restrições de renda e/ou de saúde. Ainda que estes sejam os dois determinantes principais das suas condições de vida, o desenvolvimento dos sistemas de seguridade social tem desempenhado importante papel para a construção do bem-estar dos indivíduos nessa etapa da vida.

Os idosos constituem um segmento bastante heterogêneo, como bem demonstrado em vários capítulos deste livro e nos próprios marcos teóricos constantes dos Planos de Ação das Nações Unidas (Plano de Viena de 1982 e Plano de Madri de 2002). O período denominado "velhice" cobre atualmente um espectro de até 30 anos de vida, o que coloca necessidades de políticas diferenciadas.

Em um contexto de crescentes restrições fiscais, parte da literatura sobre políticas para a população idosa fala da existência de um determinismo demográfico

48. Sociedades civis sem fins lucrativos que funcionam como centros de convivência.

onde uma parcela cada vez menor da população, composta por indivíduos em idade ativa, ver-se-ia cada vez mais sobrecarregada para arcar com a responsabilidade da manutenção da população idosa. Um possível conflito intergeracional, no que concerne à formulação de políticas públicas, deve ser entendido em um contexto mais amplo sobre a necessidade de se repensar os mecanismos de proteção social vigentes nas várias sociedades (ver o capítulo de Goldani, neste livro). Não se pode perder de vista o principal amálgama social — a solidariedade — em nenhuma de suas modalidades — intergeracional, familiar, social — ao pensar mecanismos viáveis para a promoção do bem-estar social.

As políticas para a população idosa devem promover a solidariedade entre gerações. Isso significa equilibrar as prioridades das necessidades dos idosos com a de outros grupos populacionais.

O Plano de Madri estabelece como uma de suas três metas a ativa participação dos idosos na sociedade e no desenvolvimento econômico. Isso significa que qualquer política dirigida à população idosa deve fazer parte de uma política nacional de desenvolvimento sustentável, objetivando o bem-estar de toda a população. Um primeiro passo requer o ajuste das atuais políticas e instituições públicas — mercado de trabalho, seguridade social e políticas para redução da pobreza —, tendo em vista o aumento relativo da população idosa e a possibilidade de sua inserção como um insumo para o desenvolvimento. Políticas para manutenção da renda e proteção social, com vínculo contributivo ou não, são essenciais para a prosperidade econômica e a coesão social.

A primeira questão levantada é a de que aumentar empregos para idosos significa aumentar empregos de uma forma geral. Ou seja, uma política de emprego deve desempenhar um papel importante nas políticas macroeconômicas. Também, para estimular a participação dos idosos, o Estado deverá introduzir estratégias para prevenir a discriminação no mercado de trabalho, tais como a aposentadoria compulsória, tanto quanto promover políticas de mercado de trabalho ativas, tais como promovendo e atualizando a qualificação da população idosa que é, em geral, muito baixa. A participação do idoso não deve concorrer com a participação de outros grupos etários. Já foi sugerido por Guzmán (2002) que o aumento na participação do idoso no mercado de trabalho requer um mercado de trabalho mais flexível. Trabalhos mais flexíveis devem ser combinados com aposentadorias mais flexíveis.

Para o alcance do segundo princípio do Plano de Madri, são necessárias políticas que promovam melhorias na saúde desde a infância e que se prolonguem ao longo da vida. Dentre elas, citam-se a promoção à saúde, o acesso universal aos

serviços de saúde pública ao longo da vida e, em decorrência, a consideração da importância de fatores ambientais, econômicos, sociais, educacionais, dentre outros, no aparecimento de enfermidades e incapacidades. São necessários, também, programas de capacitação de profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia e de serviços sociais.

Finalizando, para que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional possam ser efetivas é necessário que elas apresentem uma abordagem integrada em seus diversos setores específicos: saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação.

BIBLIOGRAFIA

ALVES J. A. A conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington. *Revista da Abep*, v. 12, p. 1-2, 1995.

ARANÍBAR, P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *Población y Desarrollo*, n. 21, Santiago do Chile, Chile: Cepal, 2001.

BANCO MUNDIAL. *Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote the growth*. Washington, D.C., 1994.

——————. *Keeping the promise of old age income security in Latin America*. Washington, D.C., 2004.

BARROS, R. P. de, MENDONÇA, R., SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., MELLO, E. J. Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não esperados dos avanços da Seguridade Rural. *Texto apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População*, Caxambu, MG, 18-20 de setembro, 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1998.

——————. *Informe nacional brasileño*. Elaborado para a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Madri, Espanha, 2002.

——————. Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados *V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil*.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Fiocruz, Rio de Janeiro: v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.

CAMARANO, A. A. The impact of changes in brazilian legislation on non-contributory pensions for family well-being and development. *Texto apresentado em Forum de Valencia*, Valência, Espanha: 1-4 de abril de 2002.

——————. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, v. 17, n. 49, 2003.

__________. *Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002*b* (Texto para Discussão, 878).

CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. *Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres*? Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 883).

CNBB. *Situação de abrangência da 3ª idade*. Coordenação Nacional da Pastoral da Terceira Idade, Curitiba, mar. 2004.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.

DELGADO, G., CARDOSO Jr., J. C. *A universalização de direitos sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

DENMARK. *Questionnaire on health and long-term care for the elderly*. Ministry of the Interior and Health and Ministry of Social Affairs and Gender Equality, Aug. 2002.

DIOGO, M. J. E., DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. de *et alii* (orgs). *Tratado de geriatria e gerontologia*, p. 762-767, 2002.

DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas*. IPEA/Iplan, 1989.

FOX, L., PALMER, E. *New approaches to multipilar systems: what in the world is going on*? 2000, mimeo.

GOLDMAN, S. N. *Universidade para terceira idade: uma lição de cidadania*. Olinda, Pernambuco: Editora Livro Rápido, 2003.

GUZMÁN, J. M. *Redes de apoyo social, comunitário e familiar en personas adultas mayores*. Programa de Envelhecimento e Desenvolvimento. Celade, Divisão de População Cepal, Nações Unidas. Santiago, Chile, 2002.

HELPAGE INTERNATIONAL (ed.). Ageing and development: the message in HelpAge International. *The ageing and development report. Poverty, independence and the world's older people*. Londres, 1999.

KNODEL, J., OFSTEDAL, M. B. Notes and commentary on gender and aging in the developing world. *Population and Development Review*, New York, v. 29, n. 4, 2003.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: a research agenda. *Texto apresentado em UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection*, Valência, Espanha, 1-4 de abril de 2002.

MACHADO, L. M. *História da gerontologia na sociedade brasileira e perspectivas para o século XXI*. Mimeo (s.d.).

MARQUES, R. M. *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Santiago do Chile: Cepal, 1999 (Série Financiamiento Del Desarrollo, 82).

MESA-LAGO, C. As reformas da seguridade social na América Latina e os posicionamentos dos organismos internacionais. *Conjuntura Social*, Brasília: MPAS, v. 8, 1997 (edição especial).

MIRKIN, B., WEINBERG, M. B. *Technical meeting on population ageing and living arrangements of older persons: critical issues and policy responses*. ONU: Divisão de População/Desa, 2000.

MPAS. Benefício assistencial de prestação continuada (BPC-Loas). *Manual de Orientação*. Brasília, DF, 01.01.1999 a 31.07.2000.

MS. *Redes estaduais de atenção à saúde do idoso. Guia operacional e portarias relacionadas*. Série A, Brasília, DF, 2002 (Normas e Manuais Técnicos).

NAÇÕES UNIDAS. *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Viena, Áustria, 1982 (Resolución 37/51).

__________. *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Madrid, Espanha, 2002 (Resolución 57/167).

NERI, A. L., CARVALHO, A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. de *et alii* (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, p. 778-790, 2002.

NUNES, A. Os custos do tratamento da saúde dos idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

NUNES, A. T. G. L. Serviço social e universidade da terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, n. 5, Ano 3, p. 1-97, 2000.

OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., GUERRA, M. F. *Reforma da previdência*. Rio de Janeiro: IPEA, 1997 (Texto para Discussão, 508).

OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., MÉDICI, A. *Seguridade social no Brasil: histórico e perspectivas*. Genebra: OIT, 1993.

OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., PASINATO, M. T. M. *Reforma estrutural da previdência social: uma proposta para assegurar proteção social e eqüidade*. IPEA, 1998. (Texto para Discussão, 690).

OLIVEIRA, F. E. B. de, GUERRA, M., CARDOSO, F. P. Uma avaliação das reformas recentes do regime de previdência. *Anais do XII Encontro da ABEP*, Minas Gerais, 2000.

ONU. *Relatório preparado pelo Conselho Econômico e Social para o comitê preparatório da Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento*, 2001.

O'SHAUGHNESSY, C. *Trends in long term care financing in selected coutries*. Testimony before the Senate Special Committee on Ageing, June 20, 2002. Acessível em:<http://aging.senate.gov/events/hr85co.pdf>.

PASINATO, M. T. M. *Reforma do sistema previdenciário brasileiro: a previdência complementar e o papel do estado*. FGV: Ebape, 2001 (Dissertação de Mestrado em Administração Pública).

__________. *Políticas públicas voltadas para os idosos no Brasil* (s.d.).

REIS, C. O. O. O gasto dos idosos em saúde: sinal dos tempos. *Como Vai? População Brasileira*, n. 1, Ano V, IPEA, 2000.

SAYEG, M. A., MESQUITA, R. A. V. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de *et alii* (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, p. 1.083-1.089, 2002.

SESC. *Boletim do Centro de Referência do Envelhecimento*, n. 09, Ano II, 2000.

SILVESTRE, J. A., COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Fiocruz, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.

SIMÕES, J. A. A maior categoria do país: o aposentado como ator político. In: BARROS, M. M. L. (org.). *Velhice ou terceira idade*? 2ª ed. Fundação Getulio Vargas, 2000.

——————. Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública. In: PEIXOTO, C. E. (org.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro, UERJ/FGV, 2004.

TORNEL, I. G. *El plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Celade/Cepal, *Textos Regionales sobre el Envejecimiento: Estudio Comparado*, 2002.

TROISI, J. Aging in a changing world: older persons as a resource. In: CALLEJA, J. (ed.). *Meeting the challenges of ageing populations in the developing world*. Malta: Instituto Internacional para o Envelhecimento das Nações Unidas, 1995.

URIONA, J. L., HAKKERT, R. *Legislación social sobre adultos mayores en América Latina Y el Caribe*. 2002, mimeo.

VELAZCO, M. M., ROMERO, M. C. *Nueva visión del adulto mayor. La Habana, perspectiva y realidad*, 2000.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.

WANDERLEY, M. B. *et alii. Publicização do papel do cuidador domiciliar*. IEE/PUC-SP e MPAS, 1998.

YUASO, D. R. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A. L. (org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, (SP): Ed. Alínea, 2002.

ZUNZUNEGUI, M. V. *et alii*. Condiciones y estilos de vida. In: ENGLER, T., PELAEZ, M. B. (eds.). *Mas vale por viejo*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2003.

CAPÍTULO 9

O IDOSO E A PREVIDÊNCIA RURAL NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA RECENTE DA UNIVERSALIZAÇÃO

Guilherme C. Delgado
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA
José Celso Cardoso Jr.
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

1 INTRODUÇÃO[1]

Demorou praticamente meio século, desde a promulgação da Lei Eloi Chaves, em 1923, que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) dos trabalhadores urbanos, para que se inaugurasse no Brasil um sistema de assistência social aos idosos e inválidos do setor rural. Tal sistema, inaugurado pela Lei Complementar nº 11, de 1971, e implementado a partir de 1972 com o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural/Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Prorural/Funrural), assistia os trabalhadores rurais, os pescadores (a partir de 1972) e os garimpeiros (a partir de 1975), oferecendo benefícios precários de aposentadoria por idade aos 65 anos, limitados ao homem, cabeça do casal e tendo meio salário mínimo como teto.

Decorridos mais 20 anos desde a implantação do Prorural/Funrural (1971-1992), implanta-se o regime de universalização de atendimento aos idosos e inválidos do meio rural, previsto na Constituição de 1988. A partir daí, introduziu-se o princípio do acesso universal de idosos e inválidos de ambos os sexos à previdência social, em determinado regime especial, cuja principal característica é incluir o chamado setor rural informal, constituído pelo "produtor, parceiro, meeiro e o arrendatário rural, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como respectivos

1. Dois outros trabalhos neste livro também analisam o impacto da ampliação dos benefícios da previdência rural nas condições de vida dos idosos e de suas famílias. Um deles, de Beltrão e Pinheiro, apresenta uma análise agregada baseada em informações das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) e o outro, de Sabóia, baseou-se numa pesquisa de campo realizada no interior da Bahia e do Rio de Janeiro.

cônjuges que exerçam suas atividades em regime de economia familiar sem empregados permanentes" (art. 194, § 8º, Constituição Federal de 1988).

Esse público informal, do chamado regime de economia familiar, ao qual se soma o pequeno setor formal, composto por trabalhadores com carteira assinada, contribuintes em folha de pagamento para a previdência social, era precariamente atendido pelo regime assistencial anterior, o Funrural, inaugurado pelo regime militar em 1971.

As principais mudanças normativas ocorridas a partir da Constituição de 1988, que tiveram efetiva aplicação administrativa a partir de 1992, foram as seguintes: *a*) equiparação de condições de acesso para homens e mulheres (o antigo regime era específico para o cabeça do casal); *b*) redução do limite de idade para aposentadoria por idade (60 anos para homens e 55 para mulheres); e *c*) estabelecimento de um piso de aposentadorias e pensões em um salário mínimo. O regime anterior estabelecia um teto em meio salário mínimo para o público do Funrural e pensões limitadas a 30% do benefício principal.

Essas novas regras, aplicadas aos trabalhadores formais e produtores em regime de economia familiar, tiveram efetivo impacto social e econômico. Aumentou expressivamente em poucos anos (1992-1995) o grau de cobertura do sistema sobre o conjunto dos domicílios rurais e elevou substancialmente a participação da renda previdenciária na renda familiar rural.

2 DESLOCAMENTO DA PROTEÇÃO: DA CONDIÇÃO ESTRITAMENTE PRIVADA À POLÍTICA SOCIAL

Ao se inaugurar um sistema efetivo de proteção social ao idoso, tendo por exigência somente sua condição prévia de trabalhador formal ou informal do setor rural e, obviamente, a própria idade, modifica-se toda uma história e concepção de proteção humana às pessoas idosas no setor rural. A tradição da família numerosa nas áreas rurais funcionava no passado como mecanismo de proteção dentro da família aos pais idosos, atribuindo-se ora ao primogênito, ora ao filho mais novo (embora não exclusivamente) a primazia dos cuidados e assistência aos pais idosos.

Essa tradição de família numerosa foi, de certa forma, apoiada pela própria política social dos anos 1940 e 1950, quando, pela Lei do Abono (Decreto-Lei 3.200, de 1941), concedia-se uma remuneração (abono) equivalente a 100 mil-réis para cada chefe de família, pai de oito filhos, e mais 20 mil-réis por filho excedente (art. 29).[2] Esse abono destinava-se, em sua esmagadora maioria, aos residentes na zona rural.

2. A lei que instituiu o salário mínimo de 1940, o fez com diferenças regionais em oito faixas, que variavam de um mínimo de 90 mil-réis para as regiões mais pobres, incluindo a zona rural, a um máximo de 240 mil-réis para a região metropolitana do Distrito Federal — Rio de Janeiro.

Não é preciso lembrar o quanto mudou a situação demográfica nesses últimos 50 anos. Por sua vez, mudanças econômicas significativas no mundo rural abalaram as condições de possibilidade da proteção exclusivamente familiar ao idoso, ainda mais quando essas famílias sofreram o mais agudo processo de pauperização e exclusão social ao longo da chamada "modernização conservadora" da agricultura brasileira (1950-1980).

Nesse contexto, a previdência rural universal para idosos e inválidos, ainda que tardia, cumpre uma função de proteção social moderna, que é essencial à sociedade democrática. Permite, ainda, no espaço privado familiar, uma revalorização das pessoas de idade que, ao acessarem a renda de aposentadoria, obtêm uma espécie de salvaguarda de subsistência familiar, invertendo o papel social de assistidos para o de assistentes, no contexto da estratégia de sobrevivência das famílias pobres.

3 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA PREVIDÊNCIA RURAL NO ATENDIMENTO A IDOSOS E INVÁLIDOS

Em duas etapas sucessivas, e sob dois enfoques metodológicos distintos, adiante descritos, realizamos estudos de avaliação de impacto da previdência social rural sobre o seu público-alvo. Esse público é basicamente composto pela população de idosos, inválidos e seus dependentes legais (credores das pensões por morte do titular), oriundos do chamado regime de economia familiar rural ou do trabalho rural formal. É a população de idosos o grupo social mais importante desse sistema, correspondendo hoje a cerca de 2/3 do estoque total de benefícios pagos pela previdência.

Ao privilegiarmos, neste estudo, as repercussões da previdência rural sobre os idosos rurais, não estamos arbitrariamente excluindo outros grupos sociais da estrutura desse sistema de proteção social, mas apenas escolhendo um enfoque largamente privilegiado dentro desse próprio regime previdenciário especial.

Os resultados da primeira avaliação, realizada em 1996 [Delgado (1997)], já nos permite detectar algumas importantes novidades no âmbito da proteção social aos idosos e inválidos do meio rural, dentre as quais se destacam: *a*) um aumento significativo na taxa de cobertura do sistema, medido pelo público assistido em relação ao público potencial; *b*) a inclusão das mulheres rurais em condições mais favoráveis, compensando os limites excludentes das regras precedentes do Funrural; e *c*) a elevação significativa da renda domiciliar do público beneficiário, incidindo tais efeitos sobre uma população em geral muito pobre, residente na zona rural ou microurbana contígua (municípios com até 50 mil habitantes).

Esses resultados revelam a incidência dos benefícios previdenciários "proporcionalmente mais favoráveis para pessoas residentes em pequenos municípios, regiões ou estados economicamente mais pobres, idosos do sexo feminino e economias rurais relativamente mais débeis" no contexto do chamado regime de economia familiar [Delgado (1997)].

Uma segunda avaliação de resultados da previdência rural foi se impondo como necessária, a partir de várias constatações e pistas levantadas pela pré-avaliação (primeira avaliação), quando então se descortinou um megassubsistema da seguridade social, operando no meio rural brasileiro, muito diferente do antigo Funrural, mas do qual pouco se sabia sobre seus efeitos socioeconômicos, enquanto a discussão corrente versava sobre o seu custo financeiro.

Se por um lado a pré-avaliação foi útil para destacar a relevância do objeto de pesquisa, por outro, evidenciou interrogações que não poderiam ser respondidas sem um esforço de pesquisa mais aprofundado.

Essas interrogações tinham e têm a ver com as várias mudanças ocorridas nas condições de vida do público-alvo da previdência rural e não poderiam ser respondidas com base nas fontes empíricas secundárias. Era necessário investigar mais de perto o núcleo familiar dos beneficiários e aprender os novos papéis sociais e econômicos que esses aposentados exerciam no âmbito da economia familiar rural e sobre a qual teriam alguma influência no presente.

Essa problemática constrói um novo objeto de pesquisa — as condições de reprodução da economia familiar afetadas pelo seguro previdenciário rural, cujo método de análise é a investigação direta a uma amostra significativa de segurados. Os resultados dessa segunda avaliação nos trazem pistas muito importantes para aferir o novo papel dos idosos na economia familiar, em que se desenham diferentes estratégias de reprodução econômico-social dos domicílios atingidos pelo seguro previdenciário.

Em princípio, se imagina o benefício dos aposentados por idade (ou invalidez) como o meio de subsistência garantido para suprir as necessidades vitais de subsistência dos inativos e de seus dependentes diretos. Esse resultado, pode-se dizer, é alcançado na esmagadora maioria dos domicílios pesquisados (88%), que se situam acima de uma dada linha de pobreza, com renda domiciliar *per capita* maior do que meio salário mínimo.[3]

O segundo papel importante do seguro previdenciário é a sua função viabilizadora da produção familiar, na qual os aposentados continuam vinculados

3. Para uma análise sobre a evolução histórica e dimensão do setor de subsistência, ver Delgado(2004).

a estabelecimentos rurais familiares na condição de responsáveis — situação de metade dos domicílios pesquisados. Essa viabilização se dá de duas maneiras: *a*) utilizando-se o benefício previdenciário como meio de produção familiar; e *b*) conferindo-se ao seguro previdenciário a condição de seguro agrícola, dirigido a público específico, agora desonerado dos altos riscos inerentes à produção e à renda agrícola. Aqui, o seguro previdenciário funciona não apenas como seguro de subsistência, mas também como seguro de produção familiar. Esse grupo social, o mais numeroso (cerca de 50% da amostra), apresenta excedente de renda sobre o consumo de subsistência e aplica esse excedente na reprodução do estabelecimento familiar.

Uma terceira via de inserção dos aposentados na economia familiar é mediante ocupação remunerada ou não-remunerada, situação em que se encontram 35% dos 3 mil aposentados e pensionistas escolhidos aleatoriamente na amostra de domicílios pesquisados na região Sul. A ocupação, por outro lado, é majoritária nas atividades por conta própria que servem à complementação da renda das famílias dos aposentados, e somente de maneira marginal se dá no mercado de trabalho rural ou urbano.

3.1 Alguns Resultados Empíricos

Tanto na primeira quanto na segunda avaliação, que descrevemos rapidamente na seção precedente, recolhemos indicadores empíricos relevantes antes e depois da reforma previdenciária rural, ou com e sem os seus efeitos.

Do ponto de vista macrossocial, o impacto da reforma pode ser descrito a partir de alguns dados gerais que resumimos na Tabela 1 referentes ao período. Note-se que entre 1991 e 2002 dobra o número absoluto de benefícios por idade acumulados no sistema rural, enquanto seu valor unitário passa de US$ 44,1 a.m. para cerca de US$ 70 no último triênio. O impacto financeiro dessa reforma mais do que triplica o gasto anual com benefícios permanentes (aposentadorias e pensões pagas), se calculado em reais constantes. Antes da Reforma (1991) o gasto público com aposentadorias e pensões rurais incidia sobre um volume de pouco mais de 4,0 milhões de benefícios, pagos a meio salário mínimo. No final de 2002 esse volume passa a 7,36 milhões de benefícios, pagos a um salário mínimo.

Esse gasto social, por outro lado, tem uma incidência distributiva e redistributiva muito importante no setor social a que se destina. Nesse ponto, temos que nos valer dos resultados da pesquisa de campo, visto que somente a partir dela podemos isolar e comparar nosso público-alvo com outro público do chamado setor rural, sem acesso às aposentadorias e pensões.

TABELA 1
ALGUNS INDICADORES GLOBAIS DA UNIVERSALIZAÇÃO PREVIDENCIÁRIA PÓS-1992

Anos	Número total de benefícios[a] (mil)	Número de benefícios por idade (mil)	Valor unitário dos benefícios rurais (US$: mês de dezembro)
1991	4.080,4	2.240,5	44,1
1992	4.976,9	2.912,8	47,1
1993	6.001,0	3.855,9	67,3
1994	6.359,2	4.176,2	82,8
1995	6.332,2	4.126,8	100,7
1996	6.474,4	4.102,2	108,9
1997	6.672,3	4.140,2	108,7
1998	6.913,1	4.305,3	108,5
2000	6.895,3	4.012,1	77,25
2001	7.070,6	4.117,3	77,6
2002	7.363,6	4.287,8	56,62

Fonte: *Anuário Estatístico da Previdência Social* (AEPS) de 1991 a 2002.
[a] Inclui rendas mensais vitalícias rurais e benefícios de prestação continuada a partir de 1996, proporcionais às Rendas Mensais Vitalícias (RMVs) do setor rural em 1995.

A previdência rural pagou, junto com os benefícios assistenciais permanentes, em 2002, 7,36 milhões de aposentadorias, pensões, rendas mensais vitalícias e amparos previdenciários aos seus segurados ou assistidos do setor rural. Por sua vez, a pesquisa domiciliar de residências seguradas pela previdência rural revela que, em média, se pagou 1,78 benefício por domicílio na região Sul e cerca de 1,69 na região Nordeste, sendo essas duas regiões responsáveis por 65% dos benefícios previdenciários permanentes em estoque no ano da pesquisa. Na falta de informações definitivas, cremos que é lícito tomar uma média dessas duas relações regionais (benefícios/domicílios = 7,36/1,70) e aplicá-la ao Brasil como um todo. Esse indicador revela que cerca de 4,3 milhões de domicílios no Brasil constituiriam um setor amparado pela previdência rural, que aqui denominaremos *S*1. De posse dessa informação e de outros indicadores relevantes que a pesquisa nos aponta, podemos comparar o setor *S*1 com o setor rural tradicional das estatísticas da PNAD e observar algumas diferenças significativas para uma variável-chave do inquérito de campo: a renda domiciliar.

Os Gráficos 1, 2 e 3 nos permitem focar a mensuração da renda domiciliar no setor *S*1 — aposentados e pensionistas —, compará-la com o *S*2 — setor de domicílios rurais da PNAD — e definir um setor "*S*2 não *S*1" que, para efeitos

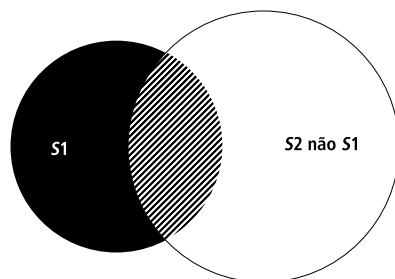
GRÁFICO 1
CONFIGURAÇÃO DO ESPAÇO RURAL

*S*1 = Setor de aposentados e pensionistas rurais   *S*2= Setor de domicílios rurais da PNAD

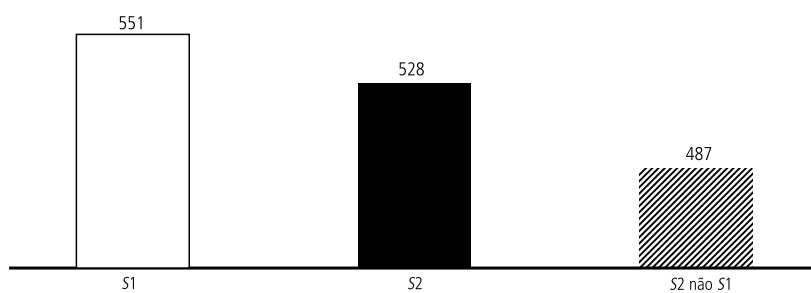
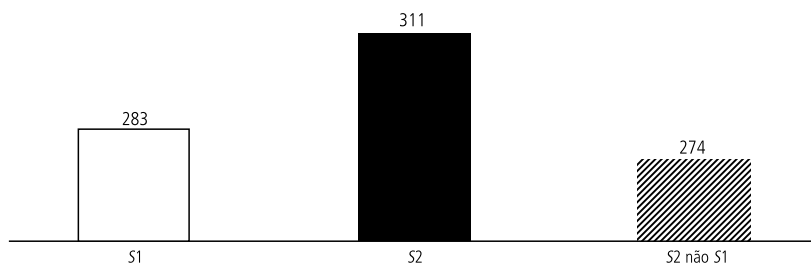
GRÁFICO 2
BRASIL: RENDA DOMICILIAR MÉDIA — REGIÃO SUL

*S*1 = Setor de aposentados e pensionistas rurais   *S*2 = Setor de domicílios rurais da PNAD

GRÁFICO 3
BRASIL: RENDA DOMICILIAR MÉDIA — REGIÃO NORDESTE

*S*1 = Setor de aposentados e pensionistas rurais   *S*2 = Setor de domicílios rurais da PNAD

analíticos, serviria como "amostra-testemunha" (ou amostra de controle). Nesse último, por definição, não há domicílios rurais com residentes aposentados ou pensionistas.[4]

A estatística do setor de aposentados e pensionistas da previdência rural que aqui denominamos *S*1 foi obtida a partir de uma pesquisa amostral para as regiões Nordeste e Sul do Brasil. Os aposentados e pensionistas dessas duas regiões receberam em 2002, de acordo com o *Anuário Estatístico* da Previdência Social de 2003, cerca de 65% dos benefícios totais pagos ao "setor rural" da previdência no Brasil.

A amostra de domicílios que construímos para essas duas regiões tem objetivos específicos de pesquisa social regional e somente acessoriamente é utilizada para estimar parâmetros nacionais, como foi o caso do estimador "benefícios/domicílios" que, obtido em ambas as regiões, foi extrapolado para o país como um todo.

A amostragem de domicílios foi extraída do cadastro de nomes e endereços do INSS, do qual se selecionaram todos os títulos de "benefícios de duração continuada" (aposentadorias, pensões, rendas mensais vitalícias e amparos previdenciários) em vigor no mês de março de 1998 relativamente ao público "rural". Esse cadastro, discriminado por município, foi objeto de uma primeira seleção, em que foram aleatoriamente escolhidos 300 municípios nas duas macrorregiões e, dentro de cada município, 20 domicílios, observada para cada região uma mesorregionalização que dividiu o espaço regional em três subestações.[5] As amostras regionais de 3 mil domicílios (ou mesorregionais de mil) são significativas do ponto de vista estatístico, no sentido de que a esperança matemática dos parâmetros amostrais $[E(p) = P + e]$ é muito próxima dos parâmetros do universo contido no cadastro de nomes e endereços da previdência. Isso posto, temos condições de definir, por inferência estatística, o tamanho do *S*1 regional do Sul e do Nordeste e todas as suas características socioeconômicas, a partir dos resultados pesquisados na amostra domiciliar dos 6 mil domicílios inquiridos na pesquisa de campo.

O setor *S*1 compõe-se, por definição, de aposentados e pensionistas da previdência rural. Todas as suas interações com outros conceitos estatísticos do setor rural, como por exemplo o setor de domicílios rurais do IBGE, aqui chamado de

4. O setor *S*1 para o Brasil como um todo representa 4,3 milhões de domicílios. O setor *S*2, segundo dados do Censo Demográfico de 2000, possui cerca de 8,0 milhões de domicílios . Segundo os dados da PNAD de 2002 *S*2 não *S*1 — os domicílios do setor rural que não contam com aposentados — corresponde a 67,2% dos domicílios rurais; enquanto $S1 \cap S2$ corresponde a 32,8% do total — aproximadamente 2,6 milhões de domicílios rurais.

5. Para uma descrição detalhada do Plano Amostral da Pesquisa, ver relatório metodológico [Delgado *et alii* (1999*a*)].

*S*2, são informações resultantes da própria pesquisa de campo (por exemplo, metade dos entrevistados reside na zona rural do IBGE e praticamente metade dos segurados entrevistados revelou-se "responsável" pelo estabelecimento rural).

Do exposto, depreende-se que a relação "$S1 \cap S2$", em termos de localização dos domicílios, é uma inferência direta da pesquisa nas regiões Sul e Nordeste. Por outro lado, o conjunto de domicílios rurais que, segundo a PNAD de 2002, não recebe quaisquer rendimentos de aposentadorias ou pensões é aqui denominado setor "*S*2 não *S*1" e nos serve, respectivamente, para as regiões Nordeste e Sul, como amostras de controle que aferem os níveis de renda domiciliar desse subconjunto (*S*2 não *S*1) comparativamente ao nosso setor de pesquisa direta, o *S*1.

Em agosto/setembro de 1998, o nível de renda domiciliar médio do *S*1 na região Sul era de R$ 551, enquanto o nível médio da renda domiciliar rural da PNAD (setembro de 1998) era de R$ 518,75 e o nível de renda de *S*2 não *S*1 era de R$ 476,12. Para a região Nordeste, os números são, respectivamente, *S*1 = R$ 283, S2 = R$ 311 e *S*2 não *S*1 = R$ 274.

Esses dados de renda domiciliar evidenciam a diferença significativa que faz ter ou não ter acesso ao sistema de proteção previdenciária. O setor de domicílios sem acesso à previdência, seja no Sul, seja no Nordeste, percebe um nível de renda domiciliar que apenas no caso do Sul se situa acima da linha da pobreza, medida por uma renda domiciliar *per capita* mensal maior que US$ 60.

3.2 Novo Espaço Econômico-Social do Idoso Aposentado Rural

Conquanto os resultados empíricos da seção precedente sejam muito eloqüentes para definir impactos do sistema previdenciário sobre a renda familiar, esse efeito não esgota o sentido das mudanças ocorridas na economia familiar rural, induzidas pela previdência.

A estrutura demográfica da amostra de aposentados e pensionistas rurais que pesquisamos no Sul e no Nordeste é apresentada na Tabela 2.

Os dados da tabela revelam uma forte concentração de novos aposentados inseridos no sistema a partir de 1992, fato que gera, nos estratos de idade de 50 a 70 anos, um forte adensamento de mais da metade da população amostral. Observe-se, ainda, que nessa estrutura etária as mulheres com menos de 55 anos e os homens com menos de 60 anos teriam de ser pensionistas ou inválidos, correspondendo a menos de 10% da amostra em cada caso. No outro extremo, as pessoas com mais de 70 anos, em sua maioria oriundas do antigo Funrural, correspondem a quase 50% no caso dos homens e cerca de 40% no das mulheres.

TABELA 2
ESTRUTURA ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS DA PREVIDÊNCIA RURAL SEGUNDO O SEXO — REGIÕES NORDESTE E SUL
[em %]

Idade	Nordeste			Sul		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Até 21 anos	0,5	0,3	0,6	0,1	0,3	0,1
De 21 a 54	6,5	4,2	7,8	7,3	5,3	8,4
De 55 a 59	8,3	2,0	11,9	10,7	3,2	15,1
De 60 a 69	38,2	37,1	38,9	40,1	42,7	38,6
De 70 a 79	30,2	36,9	26,3	30,8	36,8	27,2
De 80 a 89	14,2	16,8	12,7	9,8	10,6	9,3
De 90 a 99	2,0	2,6	1,7	1,0	1,1	1,0
100 anos ou mais	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa de Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Rural — Fase II.

Combinando-se as várias informações já levantadas nesta seção e outras das quais falaremos adiante, depreende-se da construção, induzida pela política social, um espaço socioeconômico novo com características tais que existe *a*) dimensão demográfica significativa (o chamado setor *S*1); *b*) inserção no espaço rural ampliado (rural e microurbano); *c*) nível de renda monetária que em geral livra esse setor dos constrangimentos da linha de pobreza; e *d*) dominância das pessoas idosas, protagonizando a sociedade e a economia nesse novo espaço social.

Houve resultados esperados e outros não-planejados nessa mudança de política social, sendo provavelmente o impacto sobre a renda familiar um resultado do primeiro tipo. Por outro lado, a pesquisa aponta também para um importante efeito de revitalização da chamada economia familiar rural e da própria reconstrução do espaço social rural brasileiro, em que o aposentado idoso passa a ter um certo papel respeitável. Essa segunda categoria de resultados, que chamamos de não-planejados, merece ser esclarecida, porquanto não é um resultado típico de política previdenciária.

A revitalização da agricultura familiar, observada nos resultados da pesquisa, não é um resultado completamente inesperado, haja vista a inclusão do regime de economia familiar no público-alvo do regime especial da previdência rural (art. 194, § 8º da Constituição Federal). Contudo, o que há de novo é a permanência, na metade dos domicílios pesquisados, de estabelecimentos agropecuários em produção,

compondo a estratégia de reprodução econômica desses domicílios e tendo, em geral, o aposentado como responsável na condição de chefe do domicílio (o beneficiário ou seu cônjuge são chefes do domicílio em 84% das situações pesquisadas). Observe-se ainda que os resultados da PNAD de 2002 confirmam a expressiva presença dos benefícios previdenciários nos domicílios rurais, correspondendo a 1/3 do total desses domicílios.

Nesse campo, há que considerar ainda dois aspectos altamente significativos. O primeiro é a magnitude da combinação da figura do aposentado com a do responsável pelo estabelecimento rural em produção, que é de 48% na amostra da região Sul e de 42% na amostra da região Nordeste. Esse resultado, se extrapolado para o país em seu conjunto, configuraria um segmento social muito vasto, de cerca de 2,6 milhões de estabelecimentos agropecuários, que estariam recebendo o seguro previdenciário da aposentadoria ou pensão e convertendo-o de várias formas numa espécie de seguro agrícola.

Essa conversão do seguro previdenciário em seguro agrícola é, efetivamente, um resultado inesperado, porquanto introduz um elemento novo na política previdenciária, qual seja, o seu impacto sobre a produção agrícola do numeroso setor de agricultura familiar de todo o país. Essa informação é de grande relevância porque significa a conversão do seguro previdenciário no principal instrumento de suporte da política agrária para apoiar a agricultura familiar e até mesmo o vasto segmento de agricultura de subsistência, fortemente, mas não exclusivamente, presente no semi-árido brasileiro. Esse mecanismo de proteção propicia a formação de um pequeno excedente na renda dos domicílios componentes do $S1$ (setor de aposentados e pensionistas rurais), que é praticamente reinvestido na própria atividade produtiva familiar, criando condições para uma "reprodução ampliada" dessa economia familiar.

Um outro resultado importante, constatado na pesquisa de campo, e que de certa forma a motivou, é a descoberta de um espaço geográfico e social de residência e convivência dos aposentados e pensionistas rurais, com características distintas das do setor rural tradicional, redefinindo-o em termos sociais e econômicos. Ao tomar o cadastro de nomes e endereços dos aposentados e pensionistas rurais e inquiri-los exaustivamente sobre suas condições de vida, trabalho, remuneração, gastos de consumo e condições de acesso ao sistema previdenciário, a pesquisa identificou um novo espaço rural não coincidente com o setor rural tradicional das estatísticas agropecuárias e rurais do IBGE.

Esse novo espaço geográfico coincide com a zona rural tradicional em metade dos domicílios pesquisados nas duas macrorregiões. A outra metade, no entanto,

é composta por domicílios situados na zona urbana dos pequenos municípios (com até 50 mil habitantes), que abrigam em média 80% dos aposentados no Nordeste e 75% no Sul [Delgado (1997, p. 19)]. Nesse espaço, dito "rural-microurbano", ou que se constituiria em um "novo espaço rural", os idosos se diferenciam dos demais pelo fato de desfrutarem de condições de vida e segurança social condizentes com os mínimos vitais necessários à subsistência e reprodução econômica.

O espaço rural-microurbano, no sentido que aqui estamos nos referindo, espelha em sua metade rural o conceito tradicional dos domicílios rurais e na outra metade microurbana as aglomerações predominantes nas zonas urbanas dos pequenos municípios com até 50 mil habitantes, aproximadamente. Nesse sentido, esse conjunto de domicílios constitui um setor socioeconômico novo, muito relevante para explicar o próprio setor rural da atualidade.

Esse novo espaço rural-microurbano, delimitado em nossa pesquisa pela denominação setor 1 (*S*1), constitui, na verdade, o principal componente social do chamado "novo setor rural" e se explica em razão da intervenção massiva da política social afetando a parte mais pobre da pirâmide social agrária do Brasil.[6] Sendo política, e não de mercado, a origem e transformação recente desse setor *S*1, a própria configuração e reconfiguração do setor rural brasileiro, em termos de revitalização da economia familiar e do seu setor de subsistência, vai depender da continuidade do sistema de proteção universal a idosos e inválidos do setor rural.

Essa continuidade, por sua vez, depende hoje, fundamentalmente, da equação financeira ao subsistema da previdência rural que, por sua natureza, é estruturalmente deficitário e demanda recursos complementares explícitos para prover a maior parte do valor dos benefícios previdenciários pagos anualmente.[7]

4 CONDIÇÕES DE EFETIVIDADE E UNIVERSALIZAÇÃO DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO NO ATENDIMENTO A IDOSOS E INVÁLIDOS

A pesquisa levada a campo no segundo semestre de 1998 nas regiões Sul e Nordeste, destinada originalmente a promover uma avaliação socioeconômica primária sobre o funcionamento do sistema de previdência rural, permite-nos investigar as condições de efetividade e universalização do seguro previdenciário rural, dirigido a idosos — homens maiores de 60 anos e mulheres maiores de 55 anos — e inválidos.

6. O debate sobre o conceito de "mundo rural" presente em várias pesquisas e trabalhos recentes [ver Silva (1999) e Abramovay (1999)] introduz vários aspectos à discussão, tais como territorial, ocupacional e da dinâmica econômica. Sem negá-los, este texto evidencia as mudanças de política social.

7. Para uma análise da estrutura de financiamento da previdência rural, ver Delgado e Abrahão de Castro (2003).

Observe-se que todos os indicadores de efetividade aqui calculados foram levantados no *S*1 — setor de domicílios cadastrados pelo INSS (ver Gráfico 1), exceto os indicadores externos de renda e de cobertura dos benefícios, apurados a partir da PNAD. Esse último para o país em seu conjunto revela que, em 2002, 81,6% dos idosos rurais (mulheres com 55 anos ou mais e homens com 60 anos ou mais) foram atendidos pela previdência.

Por sua vez, levantamos em detalhe indicadores para o setor de aposentados (*S*1), como segue.

A efetividade do sistema pôde ser aferida segundo três conjuntos de indicadores, a saber: grau de cobertura, grau de dificuldade no acesso ao benefício e grau de desfrute do mesmo pelo beneficiário. Por sua vez, a universalização do sistema pôde ser medida pelo seu oposto, ou seja, pelo grau de exclusão de pessoas potencialmente aptas ao recebimento do benefício previdenciário.

Atendo-se primeiramente às "condições de efetividade" do seguro previdenciário no meio rural, tem-se que o grau de cobertura pode ser medido com base em cinco critérios distintos:

a) a relação beneficiários/população amostral total aponta para uma taxa de cobertura da ordem de 47,6%, isto é, o percentual de pessoas residentes nos domicílios que são beneficiárias diretas da previdência social;

b) a relação beneficiários por idade/população de idosos — em idade de aposentadoria — da amostra revela uma taxa de atendimento de cerca de 85,2%. Esse indicador do *S*1 é muito próximo daquele outro similar para os domicílios rurais em seu conjunto, apurado a partir da PNAD (81,6%);

c) a relação benefícios/domicílios revela uma taxa de cobertura de aproximadamente 1,78 benefício por domicílio pesquisado, que significa o número de benefícios pagos por residência pesquisada; e

d) a relação benefícios/população beneficiária mostra uma taxa de cobertura de cerca de 1,17 benefício por pessoa, fato explicado pela possibilidade de uma mesma pessoa acumular mais de um benefício, como, por exemplo uma aposentadoria por idade e uma pensão por morte do cônjuge.

A efetividade do seguro previdenciário pode também ser aferida pelo "grau de dificuldade" no acesso ao benefício, como descrito na Tabela 3.

O "grau de dificuldade" médio foi obtido pela ponderação simples das cinco variáveis que compuseram o indicador, quais sejam:

TABELA 3
GRAU DE DIFICULDADE (GD) DE ACESSO AO SEGURO PREVIDENCIÁRIO
[em % de domicílios]

Grau de dificuldade	Demora da solicitação à concessão	Problemas de acesso ao sistema	Necessidade de ajuda para solicitação	Distância até o posto de recebimento	Freqüência na ocorrência de atrasos	GD médio domiciliar	GD médio acumulado
				Região Nordeste			
Muito baixo	45,9	72,3	46,1	41,9	99,2	61,1	61,1
Baixo	21,8	23,0	50,1	18,4	0,3	22,7	83,8
Intermediário	19,1	4,4	3,7	13,1	0,2	8,1	91,9
Alto	9,1	0,3	0,1	26,6	0,3	7,3	99,2
Outros	4,1					0,8	100,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
				Região Sul			
Muito baixo	50,5	64,5	27,8	24,5	98,3	53,1	53,1
Baixo	21,2	23,8	65,0	27,7	0,7	27,7	80,8
Intermediário	15,8	8,7	6,7	17,6	0,1	9,8	90,6
Alto	10,7	3,0	0,4	30,3	0,3	8,9	99,5
Outros							
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa de Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Rural — Fase II.

a) a demora da solicitação do benefício até sua concessão, que revelou cerca de 71,7% de respostas domiciliares nos quesitos de graus de dificuldade “baixo” e “muito baixo”;[8]

b) os problemas de acesso ao sistema previdenciário, que demonstraram algo como 88,3% de domicílios com grau de dificuldade baixo ou muito baixo;[9]

c) a necessidade de ajuda externa para encaminhar o pedido do benefício, que apontou cerca de 92,8% de domicílios com grau de dificuldade baixo ou muito baixo;[10]

8. A demora foi considerada muito baixa para a faixa de até três meses, baixa para a faixa entre três e seis meses, intermediária entre seis e 12 meses e alta para mais de 12 meses de espera.

9. O grau de dificuldade muito baixo corresponde à ausência de problemas declarados para obtenção do benefício. O quesito baixo diz respeito à existência de um problema declarado, o intermediário a dois problemas e o alto a três problemas declarados.

10. A inexistência de ajuda foi considerada como grau de dificuldade muito baixo. A existência de uma ajuda foi considerada como grau de dificuldade baixo, duas ajudas como dificuldade intermediária e três ajudas como alta.

d) a distância entre a residência e o local de recebimento do benefício, que logrou 52,2% de respostas para os quesitos de graus de dificuldade baixo e muito baixo;[11] e

e) a freqüência de atrasos no recebimento do benefício, que mostrou graus de dificuldade baixo ou muito baixo em nada menos que 99% dos domicílios investigados.[12]

O grau de dificuldade conjunto dessas cinco variáveis foi baixo ou muito baixo para aproximadamente 80,8% dos domicílios da região Sul, o que representa um resultado bastante positivo do ponto de vista da gestão do sistema previdenciário voltado para o meio rural.[13]

Por fim, as condições de efetividade ainda podem ser vistas por um terceiro conjunto de indicadores, os quais procuram medir o grau de desfrute do seguro previdenciário pelos respectivos beneficiários, tal como explicitado na Tabela 4.

A leitura dos indicadores da Tabela 4 permite mostrar que:

a) a regularidade no recebimento do benefício é elevada para 98,8% dos domicílios;[14]

b) a pontualidade na data de recebimento também é elevada em 99% das respostas;[15]

c) a proximidade em relação ao local de recebimento implica um grau de desfrute muito baixo para cerca de 53% dos domicílios, sendo, ao contrário, alto para 47%;[16] e

d) a antigüidade no recebimento do benefício, por fim, implica um grau de desfrute intermediário para 41,6% dos domicílios, alto para 35,5% e baixo ou muito baixo para 14,4% das respostas.[17]

---

11. A distância até um quilômetro foi classificada como dificuldade muito baixa; entre um e cinco quilômetros, dificuldade baixa; entre cinco e dez quilômetros, intermediária; e mais de dez quilômetros, dificuldade alta.

12. Dificuldade muito baixa para inexistência de atrasos, baixa para atrasos entre um e sete dias, intermediária para atrasos entre oito e 14 dias e dificuldade alta para atrasos superiores a 15 dias.

13. Sabóia, em seu artigo *Benefícios não-contributivos e combate à pobreza de idosos no Brasil*, neste livro, também encontrou resultados semelhantes. Não foram relatadas pelos entrevistados de suas pesquisas dificuldades no recebimento do benefício, mostrando o alto grau de institucionalização do programa — 93,1% dos entrevistados informaram não enfrentar qualquer tipo de dificuldade para o recebimento dos benefícios.

14. Essa questão foi formulada para ter uma resposta dual, do tipo "sim" ou "não".

15. Idem nota anterior.

16. A proximidade foi considerada muito baixa sempre que a distância entre a residência do segurado e o local de recebimento do benefício esteve compreendida na faixa até cinco quilômetros. O quesito baixo foi correspondente à distância entre 5 e 10 quilômetros. Entre 10 e 20 quilômetros, considerou-se proximidade intermediária e para mais de 20 quilômetros proximidade alta.

17. Um grau de desfrute muito baixo foi identificado com uma antigüidade do recebimento do benefício de um ano até a data da realização da pesquisa. O quesito baixo para uma antigüidade entre um e dois anos, intermediário entre dois e sete anos e alto para uma antigüidade entre 7 e 27 anos de recebimento do benefício.

TABELA 4
GRAU DE DESFRUTE (GDS) DO BENEFICIÁRIO
[em % de domicílios]

Grau de desfrute	Regularidade no recebimento	Pontualidade da data	Proximidade do local	Antigüidade do recebimento	GDS médio domiciliar	GDS médio acumulado
			Região Nordeste			
Muito baixo ou negativo	0,2	0,7	48,5	4,3	13,4	13,4
Baixo				5,9	1,5	14,9
Intermediário				37,1	9,3	24,2
Alto ou positivo	99,8	99,3	51,5	51,1	75,4	99,6
Outros				1,6	0,4	100,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
			Região Sul			
Muito baixo ou negativo	1,2	1,0	53,0	2,0	14,3	14,3
Baixo				12,4	3,1	17,4
Intermediário				41,6	10,4	27,8
Alto ou positivo	98,2	99,0	47,0	35,5	70,1	97,9
Outros						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa de Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Rural — Fase II, 1998.

Obs.: A antigüidade é obtida da seguinte maneira: *a*) muitio baixo: menos de 1 ano; *b*) baixo: de 1 a 2 anos; *c*) intermediário: de 2,1 a 7 anos; e *d*) alto: de 7 a 17 anos.

O grau de desfrute geral, composto pela ponderação simples das quatro variáveis selecionadas, revela um indicador intermediário ou elevado para 80,5% dos domicílios e baixo ou muito baixo para 17,4%. Assim, pode-se afirmar que, atualmente, são muito boas as condições de efetividade do seguro previdenciário rural, quando vistas pelos resultados conjuntos, geralmente positivos, do grau de cobertura do sistema, do grau de dificuldade no acesso ao benefício e do grau de desfrute do mesmo pelos beneficiários.

Finalmente, é importante verificar as condições de universalização do sistema previdenciário rural, por meio da taxa de exclusão das pessoas (idosas ou inválidas) potencialmente aptas ao recebimento dos benefícios. Esse indicador é simétrico à taxa de atendimento dos idosos (85,1%) na amostra de aposentados (*S*1), mas contém pequenas diferenças na sua estrutura.

Os dados da Tabela 5 mostram uma taxa de exclusão de idosos de cerca de 7,1%, sendo quase três vezes maior entre as mulheres quando comparada à dos homens. A taxa geral de exclusão entre os inválidos, no entanto, chega a 42,5%, na qual também se repete uma incidência maior de mulheres excluídas que de homens — quase duas vezes mais.

TABELA 5
TAXA DE EXCLUSÃO DO SEGURO PREVIDENCIÁRIO
[em %]

Sexo	Taxa de exclusão[a]	
	Idosos	Inválidos
Homens	3,4	34,8
Mulheres	9,8	59,3
Total	7,1	42,5

Fonte: Pesquisa de Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Rural — Fase II.
[a] A taxa de exclusão é calculada da seguinte maneira: pessoas excluídas (com direito ao benefício)/pessoas beneficiárias + pessoas excluídas.
Obs.: A freqüência de homens e mulheres na amostra é, respectivamente, de 36,8% e 63,2%.

5 CONDIÇÕES DE REPRODUÇÃO ECONÔMICA DAS UNIDADES DOMICILIARES

O padrão de reprodução econômica das unidades domiciliares investigadas a partir da pesquisa de campo depende, em grande parte, da participação dos beneficiários da previdência rural no rol de estratégias de sustentação das respectivas famílias, seja utilizando o benefício na função precípua de seguro previdenciário, seja como seguro de renda agrícola.

Com o intuito de investigar a centralidade do idoso beneficiário da previdência rural nas condições de reprodução econômica das famílias situadas no domicílio sob sua responsabilidade — direta ou indireta —, esta seção está dividida em três subseções, que analisam, respectivamente, a estrutura de rendimentos domiciliares, a estrutura de gastos domiciliares e, por fim, a estrutura do excedente econômico domiciliar. É importante esclarecer que o estudo tem por base os resultados da consolidação final dos dados oriundos da pesquisa de campo nas regiões Sul e Nordeste, mas estatisticamente seus resultados podem ser considerados válidos para o país como um todo.

5.1 Estrutura dos Rendimentos Domiciliares e Condições de Inserção Ocupacional

É possível observar, a partir da estrutura de rendimentos domiciliares expressa na Tabela 6, que o rendimento domiciliar mensal na região Sul é de aproximadamente

TABELA 6
SUL E NORDESTE: ESTRUTURA DE RENDIMENTOS DOS DOMICÍLIOS PESQUISADOS, SEGUNDO A CONTRIBUIÇÃO DE CADA FONTE À RENDA TOTAL, POR FAIXA DE SALÁRIO MÍNIMO

Faixa de salário mínimo da renda domiciliar	Domicílios (%)	Acumulados (%)	Benefício previdenciário		Renda da ocupação principal		Total	
			Peso (%)	R$ por domicílio	Peso (%)	R$ por domicílio	Renda s.m.	R$ por domicílio
				Região Nordeste				
de 0,01 a 1	22,40	22,40	99,92	128,90	0,06	0,08	0,99	129,96
de 1,01 a 2	39,77	62,18	87,47	200,26	11,43	26,16	1,76	228,96
de 2,01 a 3	23,02	85,20	74,05	235,14	23,32	74,04	2,44	317,54
de 3,01 a 6	11,37	96,57	51,05	251,35	45,75	225,24	3,79	492,37
de 5,01 a 10	3,00	99,57	30,77	254,03	61,48	507,51	6,35	825,52
mais de 10	0,43	100,00	30,81	669,85	65,91	1.432,93	16,72	2.173,83
Total	100,00		71,24	201,76	26,31	74,50	2,18	283,21
				Região Sul				
de 0,01 a 1	11,03	11,03	99,97	129,77	0,00	0,00	1,00	129,80
de 1,01 a 2	24,13	35,16	90,00	216,12	8,21	19,72	1,85	240,13
de 2,01 a 3	20,79	55,95	69,20	227,08	25,93	85,09	2,52	328,11
de 3,01 a 6	23,06	79,01	48,46	247,77	44,66	228,37	3,93	511,24
de 5,01 a 10	15,71	94,72	30,78	270,33	61,33	538,56	6,75	878,00
mais de 10	5,28	100,00	10,27	302,74	81,70	2.407,56	22,67	2.946,81
Total	100,00		41,54	229,26	51,97	286,85	4,25	551,91

Fonte: Pesquisa de Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Rural — Fase II.

R$ 552 (ou 4,24 salários mínimos). Na região Nordeste, esse mesmo valor é de R$ 283 (ou 2,11 salários mínimos). A maior contribuição à média provém, no caso da região Sul, dos rendimentos domiciliares oriundos da ocupação principal, que chegam perto de R$ 287 (ou 2,21 salários mínimos) e representam 52% da renda domiciliar total. No caso da região Nordeste, ao contrário, o peso da renda oriunda da ocupação principal representa apenas 26,3% da renda domiciliar total, o que evidencia a importância decisiva da contribuição advinda da outra fonte principal (benefício previdenciário) na composição da renda domiciliar das famílias nordestinas, bem como em suas estratégias de reprodução econômica.

Enquanto na região Sul o peso do benefício previdenciário na composição do orçamento domiciliar representa 41,5% do total, na região Nordeste esse peso é de 70,8% em média. A observação da Tabela 6, segundo a contribuição de cada um dos dois principais componentes da renda domiciliar por faixa de salário mínimo, permite comprovar uma situação tal que o benefício previdenciário é tão mais importante na conformação da renda domiciliar quanto menores as faixas de rendimentos consideradas, ocorrendo o inverso com o rendimento proveniente da ocupação principal dos membros da família.

Em outras palavras, tem-se que, na região Sul, o benefício previdenciário representa, no mínimo, 90% da renda domiciliar das famílias situadas na faixa de zero a dois salários mínimos de renda total, contribuindo com cerca de 30% nos domicílios que se situam nas faixas de renda mensal entre cinco e dez salários mínimos. Perfil semelhante foi constatado para a região Nordeste. Cabe enfatizar que nessa região o benefício previdenciário é um componente bastante representativo da renda total, mesmo nos domicílios situados nas faixas superiores de rendimentos, ao contrário da contribuição advinda dos rendimentos da ocupação principal, que somente passam a ser significativos para as famílias com rendimentos domiciliares acima de três salários mínimos.

Essa é uma situação que pode, por si só, demonstrar a centralidade do segurado da previdência nas condições de sustentação da renda domiciliar rural, cujo padrão de inserção ocupacional dos beneficiários apenas reforça os argumentos até aqui elencados. Seja operando meramente como seguro de renda vitalício, situação na qual o benefício responde por praticamente toda a renda domiciliar, seja servindo também como seguro agrícola, em que aparece como fundamental nas estratégias de ampliação da renda rural, ou meramente viabilizando a geração de uma renda extra de subsistência, cabe ressaltar a importância das relações existentes entre o beneficiário e as atividades econômicas à sua volta.

Os dados da região Sul mostram que 48% dos domicílios são responsáveis por estabelecimento rural ativo, sendo a agricultura a atividade predominante em 72% deles. Particularmente significativo é o percentual de domicílios que utiliza a renda do benefício previdenciário na manutenção e custeio das suas atividades rurais: cerca de 44,7% na região Sul e 37% na região Nordeste.[18]

A relação dos idosos e beneficiários com algum tipo de atividade econômica torna-se ainda mais explícita nos dados da Tabela 7, que descreve a condição de

18. Esses percentuais são aplicáveis aos domicílios responsáveis por estabelecimento rural. Ver dados em Delgado e Cardoso Jr. (2003, p. 68).

TABELA 7
SUL E NORDESTE: BENEFICÁRIOS DA PREVIDÊNCIA RURAL, HOMENS MAIORES DE 60 ANOS E MULHERES MAIORES DE 55 ANOS, COM E SEM OCUPAÇÃO
[em % de beneficiários]

Situação ocupacional	Região Nordeste			Região Sul		
	Total	Homens > 60	Mulheres > 55	Total	Homens > 60	Mulheres > 55
Sem ocupação	70,4	55,1	79,9	64,1	48,1	74,5
Com ocupação	29,6	44,9	20,1	34,9	51,9	25,2
Remunerada	11,2	16,9	7,0	23,1	37,0	12,7
Não-remunerada	17,0	26,0	12,1	11,8	13,3	12,4
Outros	1,4	2,0	1,0	1,0	1,6	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa de Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Rural — Fase II, 1998.

ocupação dos beneficiários — homens maiores de 60 anos e mulheres maiores de 55 anos.

Nota-se que a taxa de desocupação dos beneficiários da previdência é ligeiramente maior no Nordeste que no Sul (70,4% contra 64,1%). Cerca de 52% de beneficiários homens da região Sul maiores de 60 anos continuam ativos, a despeito da aposentadoria formal, contra apenas 25% de mulheres na mesma situação. Interessante notar que nem todos estão trabalhando com remuneração, o que poderia ser parcialmente explicado pelo trabalho na produção para o próprio consumo.

5.2 Estrutura dos Gastos Domiciliares

O estudo das despesas domiciliares complementa a análise anterior dos rendimentos e permite encaminhar, na próxima subseção, a discussão sobre o excedente domiciliar. Inicialmente, apresentamos, na Tabela 8, informações acerca das despesas médias por domicílio nas amostras inquiridas das regiões Sul (3 mil domicílios) e Nordeste (3.240 domicílios), com ênfase nas diferenças marcantes. Os gastos com consumo representam perto de 79% das despesas no Sul e quase 95% no Nordeste, incluindo-se aí os gastos com alimentação e higiene (36% no Sul e 63% no Nordeste), transporte, saúde, educação, vestuário e calçados, habitação (tarifas de água, luz e aluguel), serviços pessoais e recreação.

Os gastos com produção, por sua vez, pesam 18% na estrutura de gastos domiciliares totais na região Sul e apenas 2% na região Nordeste, o que revela o grande peso das especificidades regionais na delimitação das respectivas estratégias

TABELA 8
DESPESAS MÉDIAS POR DOMICÍLIO E CONTRIBUIÇÃO MÉDIA DE CADA ITEM DE DESPESA NA DESPESA TOTAL

Itens da despesa	Região Sul		Contribuição média (%)	Região Nordeste		Contribuição média (%)
	Despesas por domicílio			Despesa por domicílio		
	(R$)	(s.m.)		(R$)	(s.m.)	
A - Gastos de consumo	269,39	2,07	78,9	184,95	1,42	94,7
1. Alimentos e higiene	123,66	0,95	36,1	124,04	0,95	63,2
2. Transporte	34,71	0,27	5,2	10,66	0,08	3,0
3. Saúde	62,98	0,48	16,4	30,20	0,23	13,3
4. Educação	30,59	0,24	2,0	8,85	0,07	1,3
5. Vestuário e calçados	25,74	0,20	6,2	9,66	0,07	3,5
6. Habitação (água, luz, aluguel)	36,30	0,28	9,5	21,96	0,17	9,0
7. Serviços pessoais	13,98	0,11	1,3	8,07	0,06	1,2
8. Recreação	25,88	0,20	1,9	12,75	0,10	0,3
B - Gastos de produção	169,64	1,30	18,0	15,61	0,12	1,9
9. Custeio de atividades produtivas	166,78	1,28	17,6	15,24	0,12	1,8
10. Arrendamento de terra	96,20	0,74	0,4	9,35	0,07	0,1
C - Outras despesas	40,70	0,31	3,1	24,47	0,19	3,5
11. Ajuda a amigos e parentes	46,83	0,36	1,1	22,61	0,17	1,1
12. Utensílios domésticos	31,62	0,24	1,6	19,74	0,15	1,5
13. Contribuição sindical	8,58	0,07	0,0	2,81	0,02	0,0
14. Reforma do domicílio	50,64	0,39	0,2	35,34	0,27	0,3
15. Plano funerário	5,00	0,04	0,0	1,50	0,01	0,0
16. Mesada/pensão	-	-	-	69,16	0,53	0,1
17. Paga para alguém retirar o benefício	-	-	-	10,55	0,08	0,0
18. Dízimo	11,50	0,09	0,0	15,24	0,12	0,1
19. Imposto em geral	-	-	-	1,53	0,01	0,0
20. Pagamento de empréstimos	-	-	-	30,00	0,23	0,0
21. Pagamento de consórcios	-	-	-	350,00	2,69	0,1
22. Outras	38,31	0,29	0,3	40,04	0,31	0,4
Total	341,25	2,63	100,0	195,33	1,50	100,0

Fonte: Pesquisa de Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Rural — Fase II.

de sobrevivência e reprodução das unidades familiares.[19] Dentre o componente outras despesas, que representa apenas 3% dos gastos totais na região Sul e 3,5% na região Nordeste, destacam-se os itens ajuda financeira a amigos e parentes e compra de utensílios domésticos.

Com relação aos valores médios obtidos com despesas de consumo, note-se que é de quase R$ 270 (ou dois salários mínimos) a importância gasta pelos domicílios da região Sul, em média, com itens de consumo, sendo de aproximadamente R$ 184 (ou 1,4 do salário mínimo) na região Nordeste. Em ambos os casos, o item alimentação e higiene consome pouco menos de um salário mínimo (R$ 130 por ocasião da pesquisa). Dos domicílios da região Sul que declararam despesas com produção, obteve-se o valor médio de R$ 170 (ou 1,3 do salário mínimo), contra a insignificância de R$ 15,6 (ou 12% do salário mínimo) na região Nordeste.

5.3 Breve Análise do Excedente Rural e Tipificação das Unidades Domiciliares

A comparação, por unidade domiciliar, da relação renda-gastos permitiu-nos estabelecer quatro grandes situações de inserção dos domicílios na estrutura econômica e social aqui chamada regime de economia familiar rural.

Tal qual explicitado no relatório metodológico da pesquisa de campo [Delgado *et alii* (1999*a*)], estabelecemos a seguinte taxinomia para a relação renda-gastos domiciliar:

a) condição de indigência: a renda domiciliar total é insuficiente para a cobertura dos gastos familiares com alimentação $\Rightarrow Rt < Ga$;

b) condição de pobreza sem indigência: a renda domiciliar total cobre os gastos com alimentação, mas é insuficiente para a cobertura integral dos gastos com consumo (alimentação e higiene, transporte, saúde, educação, vestuário e calçados, habitação, serviços pessoais e recreação) $\Rightarrow Ga < Rt < Gc$; e

c) condição de reprodução econômica familiar ampliada: a renda domiciliar é suficiente para a cobertura integral de todas as despesas de consumo, produção e outras, gerando-se, adicionalmente, um excedente variável no interior das unidades familiares $\Rightarrow Rt > Gt$. A Tabela 9 sintetiza esse conjunto de situações.

É possível verificar que uma pequena percentagem de domicílios da região Sul do país encontra-se na condição de indigência (0,4%), embora seja preciso

19. É preciso lembrar que o insignificante peso do item produção na composição das despesas totais dos domicílios da região Nordeste, em comparação com a região Sul, pode ser parcialmente explicado pelo fato de que a pesquisa foi a campo entre agosto e setembro de 1998, em período de intensa e generalizada seca para todo o setor agrícola regional.

TABELA 9
DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS PESQUISADOS, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE REPRODUÇÃO ECONÔMICA
[em %]

Regiões pesquisadas	Condição de indigência domiciliar *Rt* < *Ga*	Condição de pobreza sem indigência *Ga* < *Rt* < *Gc*	Condição de reprodução econômica *Rt* > *Gc*	Total
Nordeste	2,1	12,6	85,3	100,0
Sul	0,4	8,8	90,8	100,0

Fonte: Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Social Rural — Fase II, 1998. *Rt* = renda total; *Ga* = gasto com alimentação; *Gc* = gastos com itens totais de consumo; e *Gt* = gastos totais com produção e outras despesas.

lembrar que se trata de uma linha endógena de indigência, obtida do confronto direto da relação renda-gastos para cada domicílio pesquisado. Caso tivesse sido adotada, por exemplo, uma linha exógena de 1/2 salário mínimo domiciliar *per capita*, então a proporção de domicílios abaixo dessa linha subiria imediatamente para algo como 14,3% do total de domicílios da amostra da região Sul. Da mesma forma, caso a linha exógena fosse de um salário mínimo domiciliar *per capita*, o percentual de domicílios abaixo dessa linha subiria para 51,8%, relativizando, desse modo, a classificação apresentada contida na Tabela 9.

É importante ressaltar que, embora o padrão monetário e exógeno da relação renda-gastos do universo pesquisado, ele resulta em que cerca de metade dos domicílios fique abaixo de uma condição hipotética de pobreza (dado pelo critério de um salário mínimo domiciliar *per capita*). No entanto, em termos relativos e endógenos isso não se verifica, pois, como se observou na Tabela 9, existe um percentual de 90,8% dos domicílios em situações tais que a renda total supera as despesas de consumo. É notadamente relevante a situação representada pelo grupo "c", em que 90% dos domicílios da região Sul revelam-se em condições econômicas de superar o conjunto de despesas, representadas pelos gastos de consumo, gerando excedentes.

Considerando insuficientes as evidências apresentadas pela Tabela 9 como critério classificatório das unidades domiciliares, posto se referirem exclusivamente à relação renda-gastos, repletas dos problemas apontados nos parágrafos anteriores, buscamos identificar outros elementos para a construção final da taxinomia das unidades domiciliares da região Sul. Dentre os novos elementos analisados, destacam-se as ligações, ou não, dos domicílios com estabelecimentos rurais, a existência ou não de pessoas exercendo trabalho externo ao domicílio, a realização ou não de gastos com produção e o acesso ou não dos domicílios ao autoconsumo de produtos agrícolas, a partir do que foi possível construir nova classificação das unidades domiciliares (Tabela 10), complementar à classificação anterior.

TABELA 10
NORDESTE E SUL: CLASSIFICAÇÃO DAS UNIDADES DOMICILIARES
[em % de domicílios]

Tipologias	Estabele-cimento rural	Trabalho externo	Gastos com produção	Região Nordeste		Região Sul	
				% de domicílios	Auto-consumo básico[a]	% de domicílios	Auto-consumo básico[a]
Unidade domiciliar de consumo, trabalho externo e produção familiar própria	sim	sim	sim	40,3	79,8	46,8	92,1
Unidade domiciliar exclusivamente de consumo	não	não	não	34,8	4,9	28,0	10,1
Unidade domiciliar de consumo e trabalho externo	não	sim	não	21,7	6,1	22,9	8,0
Unidade domiciliar de consumo e produção familiar própria	sim	não	sim	3,2	30,7	2,0	37,7
Total	-	-	-	100,0	-	100,0	-

Fonte: Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Social Rural — Fase II.

[a] O autoconsumo básico mostra o percentual de cada tipologia de domicílios que produz algum tipo de gênero alimentar, ou seja, cereais e grãos, tubérculos, produtos de origem animal e açúcares. Não entram nessa classificação produtos complementares, como mel, bebidas naturais, hortícolas e frutícolas.

Uma primeira observação relevante é que a "unidade domiciliar exclusivamente de consumo" não representa o evento mais freqüente, como talvez se pudesse imaginar num primeiro momento, ao lembrar que a pesquisa trata de beneficiários do regime previdenciário rural, formados em sua maioria por homens com 60 anos ou mais e mulheres com 55 anos ou mais, formalmente aposentados e aparentemente inativos. Essa categoria representa 28% dos domicílios da região Sul e 34,8% da região Nordeste, sendo interessante notar, adicionalmente, que apenas 10,5% deles mantêm alguma atividade de autoconsumo agrícola.

Por outro lado, a "unidade domiciliar de consumo, trabalho externo e produção familiar própria" constitui, de fato, o evento mais freqüente, justamente o mais ativo, à luz dos critérios selecionados. Quer dizer, eles somam 46,8% dos domicílios, sendo importante registrar o alto índice desses domicílios ligados a atividades de autoconsumo (cerca de 93%), como estratégia de sustentação, muitas vezes não-mercantil, e de diversificação e complementação das fontes de subsistência.

As duas últimas situações apontadas na Tabela 10 — unidade domiciliar de consumo e trabalho externo e unidade domiciliar de consumo e produção familiar própria — são desdobramentos da situação dominante. Essas categorias representam,

juntas, 24,5% do total de domicílios, sendo interessante assinalar que, no primeiro caso, marcado pela presença de trabalho externo, é compreensivelmente reduzida a existência de autoconsumo, enquanto no segundo caso, caracterizado pela produção familiar própria, o autoconsumo aparece como importante estratégia complementar de sustentação das famílias. Ressalte-se, por fim, que a produção familiar própria como estratégia exclusiva de subsistência é pouco relevante, abarcando tão-somente 2% do total de domicílios, mas é majoritária como estratégia multiocupacional, na medida em que representa 46,8% dos domicílios da região Sul e 40,3% na região Nordeste.

6 CONCLUSÕES

A mudança do regime assistencial precário do Prorural/Funrural (1971) para o regime especial da previdência rural, implementado a partir de 1992 com base nos princípios de seguridade social da Constituição de 1988, trouxe avanços significativos de proteção social aos idosos e inválidos do meio rural e, particularmente, às mulheres semi-excluídas do Funrural pelo critério legal de amparo exclusivo ao cabeça da família.

De direito e de fato, muda-se uma concepção de proteção estritamente familiar ao idoso rural, vigente nos anos 1940 e 1950, para inseri-lo no âmbito de uma política social que reconhece o seu direito ao acesso à aposentadoria, independentemente de sua capacidade contributiva ao sistema de previdência social. No entremeio dos anos 1970 e 1980, prevaleceu o regime assistencial precário do Funrural, estabelecendo formas de acesso a benefícios previdenciários ultramitigados (por exemplo, meio salário mínimo como teto de aposentadoria) e ainda submetido a uma gestão clientelística e de forte apelo eleitoral.

Ao inaugurar-se a previdência rural de fato em 1992, com a aplicação das novas leis de custeio e benefícios da previdência (Leis 8.212 e 8.213, de 24 de junho de 1991), chegou ao meio rural um sistema de atendimento ao trabalhador informal e à agricultura de subsistência, remetido no texto da Constituição Federal de 1988 (art. 194, § 8º) ao conceito genérico de "regime de economia familiar". Na realidade, trata-se de uma novidade no sistema previdenciário, que desde sua criação em 1923 circunscrevia-se ao contrato formal de trabalho das categorias ocupacionais urbanas.

Decorridos alguns anos desde a implantação da previdência rural, as avaliações de resultados que realizamos, sucessivamente em 1996 e 1998, revelaram situações, em geral, muito positivas no âmbito da proteção social aos idosos da zona rural tradicional e da zona microurbana dos pequenos municípios.

Em termos macrossociais, a implantação da previdência no meio rural trouxe resultados significativos, que podem se traduzir em indicadores de impacto, tais como:

a) aumento expressivo da taxa de atendimento dos idosos rurais, medida pela população beneficiária sobre a população total de idosos (potencialmente credora de direitos à aposentadoria). Essa taxa, que chega a 85% na amostra de domicílios cadastrados como "zona rural" pelo INSS, é pouco mais baixa na "zona rural tradicional", cujo indicador da PNAD em 2002 é de 81,8%, mas é certamente mais alta que no "regime geral" (urbano) da previdência social;

b) inclusão expressiva das mulheres rurais no sistema de proteção social, mais que compensando a relativa exclusão anterior do Funrural. Constatou-se, em 1998, na pesquisa domiciliar das regiões Sul e Nordeste, que cerca de 63,2% dos aposentados e pensionistas do Sul e 62,2% do Nordeste são mulheres; e

c) elevação significativa da renda domiciliar do público beneficiário, incidindo tais benefícios sobre uma população rural ou microurbana, em geral, muito pobre.

Tais benefícios macrossociais são fiscalmente onerosos e, como não poderia deixar de ser, impactam estruturalmente as contas da previdência ou da seguridade social com novos encargos (não cobertos por contribuições específicas), gerando uma necessidade de financiamento estrutural do subsistema rural que corresponde, hoje, a cerca de 90% das despesas com benefícios. Isso, portanto, coloca o problema do financiamento do sistema como questão ainda não equacionada.

Por outro lado, há que se considerar os benefícios não-planejados da referida reforma previdenciária, que têm a ver com a revitalização da economia familiar rural, a ponto de se constituírem, no meio rural, em uma categoria social de aposentados como grupo social que efetivamente se diferencia do universo de domicílios do setor rural tradicional. Essa diferenciação, por sua vez, se traduz em estratégias de subsistência e de produção familiar que cumprem uma importante função de "política agrária" e "seguro de renda agrícola", insuspeitados num sistema estrito da previdência social.

O caráter maciço do acesso da economia familiar ao seguro previdenciário (7,3 milhões de benefícios permanentes), beneficiando 1/3 dos domicílios rurais em 2002 e sua inserção nacional conferem ao sistema uma dimensão de instituição promotora de uma mudança estrutural no âmbito da distribuição social da renda, com modificações na estrutura produtiva do próprio regime de economia familiar rural que não podem ser negligenciadas pelas avaliações de impacto e pelos gestores de políticas.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMOVAY, R. *Do setor ao território: funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo*. São Paulo, 1999, mimeo (Primeiro Relatório de Pesquisa — Projeto BRA 97/013).

DELGADO, G. C. *Previdência rural: relatório de avaliação socioeconômica*. Brasília: IPEA, 1997 (Texto para Discussão, 477).

——————. *O setor de subsistência na economia e na sociedade brasileira: gênese histórica, reprodução e configuração contemporânea*. Brasília: IPEA, jun. 2004 (Texto para Discussão, 1.025).

DELGADO, G. C., ABRAHÃO DE CASTRO, J. *Financiamento da previdência rural: situação atual e mudanças*. Brasília: IPEA, out. 2003 (Texto para Discussão, 992).

DELGADO, G. C., CARDOSO Jr., J. C. (orgs.). *Universalização de direitos sociais no Brasil — a previdência rural nos anos 90*. 2ª ed. Brasília: IPEA, 2003.

DELGADO, G. C. *et alii*. *Avaliação socioeconômica e regional da previdência social rural: relatório metodológico*. Brasília: IPEA, 1999*a*.

DELGADO, G. C. *et alii*. *Avaliação socioeconômica e regional da previdência social rural: relatório parcial dos primeiros resultados para a região Sul do Brasil*. Brasília: IPEA, 1999*b*, mimeo.

CAPÍTULO 10

A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E O ACESSO DA POPULAÇÃO RURAL BRASILEIRA À SEGURIDADE SOCIAL

Kaizô Iwakami Beltrão
Da Escola Nacional de Ciências e Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ence/IBGE)

Sonoe Sugahara Pinheiro
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

Fernanda Paes Leme Peyneau
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

João Luís Oliveira Mendonça
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

1 INTRODUÇÃO

A legislação concernente aos direitos previdenciários da população rural teve uma longa e arrastada evolução, com marchas e contramarchas. Em dezembro de 1988 havia cerca de 3 milhões de benefícios rurais em manutenção e, em dezembro de 2002, esse número havia crescido para 5,4 milhões. A expansão da cobertura previdenciária à população rural representou um vigoroso avanço em termos de universalização do sistema, redução das desigualdades e erradicação da pobreza absoluta no Brasil, e foi decorrente da maior generosidade das condições de elegibilidade, assim como da duplicação do valor dos benefícios previdenciários e assistenciais com a Constituição de 1988. Paralelamente, ressalta-se que o mercado de trabalho dessa população também sofreu mudanças notáveis, sobretudo no que diz respeito à formalização das relações trabalhistas e ao aumento da participação feminina. Este estudo se propõe a fazer uma análise comparativa da situação da população rural brasileira com respeito à previdência social e ao mercado de trabalho durante o período 1988-2002, ou seja, no momento anterior à implementação dos novos dispositivos constitucionais e quando esses já estão plenamente implantados. A intenção é contribuir para o debate que envolve questões acerca da eqüidade entre os sexos e diminuição da pobreza, considerando para ambos o mercado de trabalho e o leque de benefícios previdenciários.

O estudo encontra-se dividido em seis seções, sendo a primeira referente a esta introdução, e conta com um anexo, onde são apresentadas quatro tabelas relativas à participação da renda do idoso na renda familiar *per capita*; à participação da renda de aposentadoria e/ou de pensão do idoso na renda familiar *per capita*; à renda familiar *per capita* em número de salários mínimos; e à mudança na renda familiar *per capita* excluindo a renda dos idosos, respectivamente. Na Seção 2 é apresentada uma visão geral da evolução da legislação previdenciária brasileira, com ênfase nos dispositivos acerca da cobertura da população rural. As Seções 3, 4 e 5 comparam, com diferentes recortes, a situação da população rural com respeito a trabalho e benefícios previdenciários ao longo do período 1988-2002. Finalmente, na Seção 6 são esboçados alguns comentários finais.

2 EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA REFERENTE À CLIENTELA/POPULAÇÃO RURAL

Embora existisse uma legislação previdenciária ainda no século XIX, principalmente relativa aos servidores civis e militares da União, é a Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, depois de tramitar dez anos no Congresso, que é considerada o marco legal do sistema previdenciário vigente no Brasil. A cobertura foi inicialmente restrita a uma parcela dos empregados urbanos de certas empresas, sendo paulatinamente estendida a outros grupos: empregadores, autônomos, empregados domésticos, trabalhadores rurais etc.

A primeira medida no sentido da inclusão do trabalhador rural entre os beneficiários da previdência social ocorreu em 1945, quando Getulio Vargas assinou a Lei Orgânica dos Serviços Sociais (Decreto-Lei 7.526, de 7 de maio de 1945), criando o Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB), de administração única e controle centralizado. Com isso, haveria a unificação de todas as instituições previdenciárias então existentes e os benefícios do seguro social seriam estendidos a toda a população ativa do país. No entanto, apesar da fundamental importância da iniciativa — que se constituía na primeira tentativa de universalização da previdência social no Brasil —, o governo empossado em 1946 tornou sem aplicação o crédito orçamentário destinado à instalação do ISSB, que não chegou a ser implementado.

Somente uma década após essa tentativa é que houve um novo esforço para fazer com que a proteção social atingisse os trabalhadores rurais: em 23 de setembro de 1955 foi criado, pela Lei 2.613, o Serviço Social Rural, órgão a ser custeado basicamente pelas empresas industriais urbanas e destinado à prestação de assistência à população rural. Suas atividades tiveram início oficialmente em 1957, mas somente a partir de 1961 é que passaram a ser desenvolvidas em ritmo apre-

ciável. Em 1962 (Lei Delegada 11, de 11 de outubro), o Serviço Social Rural passou a integrar a Superintendência de Política Agrária (Supra).

A inclusão efetiva do trabalhador rural no campo da legislação previdenciária somente veio a concretizar-se em 1963, com a aprovação do Estatuto do Trabalhador Rural (Lei 4.214, de 2 de março) que, entre outras medidas, criava o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural). Para o custeio do fundo, foi estabelecida uma contribuição de 1% do valor da primeira comercialização do produto rural, a ser paga pelo próprio produtor ou, mediante acordo prévio, pelo adquirente. Um ano após o início da arrecadação das contribuições, entregue ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), começaria a prestação dos benefícios, que consistiam em aposentadoria por invalidez, aposentadoria por idade, pensão por morte, assistência à maternidade, auxílio-doença, auxílio-funeral e assistência médica. A responsabilidade pela prestação dos benefícios também foi entregue ao extinto IAPI. Embora o Estatuto do Trabalhador Rural apresentasse um elenco razoável de benefícios, sua aplicação prática no tocante às prestações previdenciárias ficou bastante limitada pela escassez de recursos financeiros.

O Estatuto do Trabalhador Rural foi reformulado pelo Decreto-Lei 276, de 28 de fevereiro de 1967, que tentou adequá-lo às suas reais possibilidades. A arrecadação das contribuições foi entregue ao recém-criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o plano de prestações ficou limitado às assistências médica e social, suprimindo-se os benefícios em dinheiro. Esse decreto-lei alterou também a sistemática da contribuição, que continuava a ser recolhida como percentual da primeira comercialização do produto rural, mas passava a ser obrigação do adquirente e não mais do produtor, a menos que esse processasse a transformação do próprio produto. Tal medida tinha por objetivo facilitar a fiscalização, uma vez que se esperava que a empresa que industrializasse o produto já estivesse vinculada ao sistema previdenciário.

Com o intuito de fazer com que os serviços previdenciários chegassem efetivamente aos trabalhadores rurais, foi criado, em 1969 (Decreto-Lei 564, de 10 de maio), o Plano Básico da Previdência Social. Destinava-se, inicialmente, a amparar os trabalhadores rurais da agroindústria canavieira e seu custeio seria coberto pelas contribuições de empregados e empregadores. O plano de benefícios era semelhante ao Estatuto do Trabalhador Rural, com exceção das assistências médica e à maternidade e com a inclusão do auxílio-reclusão. Em 14 de julho de 1969, pelo Decreto-Lei 704, o Plano Básico foi estendido a outras atividades rurais. Todavia, seus objetivos não foram atingidos de maneira satisfatória, levando o governo a buscar novas iniciativas no campo da previdência social rural.

Em 25 de maio de 1971, a Lei Complementar 11 extinguiu o Plano Básico e criou, em seu lugar, o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-Rural), destinado à prestação de aposentadoria por idade, aposentadoria por invalidez, pensão por morte, auxílio-funeral, serviço social e serviço de saúde aos trabalhadores rurais e aos seus dependentes. A responsabilidade pela execução do programa coube ao Funrural, ao qual foi atribuída a personalidade jurídica de natureza autárquica. Ficou equiparado ao trabalhador rural, pela Lei Complementar 11, o produtor que trabalha na atividade rural sem nenhum empregado. Posteriormente, pelos Decretos 71.498, de 5 de dezembro de 1972, e 75.208, de 10 de janeiro de 1975, os benefícios do Pró-Rural foram estendidos, respectivamente, aos pescadores artesanais e aos garimpeiros.

No ano de 1974, o elenco de benefícios da previdência social rural foi acrescido de três novas espécies: os amparos previdenciários para os maiores de 70 anos e para os inválidos definitivamente incapacitados para o trabalho, que não tivessem outra fonte de renda (Lei 6.179, de 11 de dezembro) e o seguro de acidentes do trabalho rural (Lei 6.195, de 19 de dezembro). Cabe destacar que não estava prevista pela legislação nenhuma fonte de custeio para os amparos previdenciários. Esses benefícios assistenciais foram mais tarde incorporados aos correspondentes benefícios urbanos (rendas mensais vitalícias por idade e por invalidez permanente). Com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) em 1996, tais benefícios assistenciais inseridos no rol previdenciário foram extintos. Os empregadores rurais, até então à margem do sistema que se implantava, foram incluídos entre os beneficiários do Funrural pela Lei 6.260, de 6 de novembro de 1975, passando a ter direito aos seguintes benefícios: aposentadoria por invalidez, aposentadoria por velhice, pensão, auxílio-funeral, serviços de saúde, readaptação profissional e serviço social.

Até 1977, as clientelas rural e urbana eram assistidas, respectivamente, por dois órgãos distintos: o Funrural e o INPS. Essas entidades eram responsáveis pela prestação de benefícios, assistência médica, assistência social e por toda a estrutura administrativa e financeira de seus respectivos programas. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), pela Lei 6.439, de 1º de setembro de 1977, as duas clientelas foram unificadas e cada função passou a ser exercida por um órgão específico. Para tanto, algumas entidades foram criadas e outras já existentes tiveram suas funções redefinidas.

Ao INPS foi atribuída a parte referente a manutenção e concessão de benefícios aos segurados do próprio INPS e aos beneficiários do Funrural, extinto pela mesma lei. A prestação de assistência médica, tanto aos trabalhadores urbanos

quanto aos trabalhadores e empregadores rurais, ficou a cargo de uma autarquia criada especialmente para esse fim: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Outra autarquia, o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (Iapas), foi criada com a finalidade específica de promover a gestão administrativa, financeira e patrimonial do sistema. A assistência social às populações carentes ficou sob a competência da Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA). Além dessas entidades, integravam o Sinpas a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) e a Central de Medicamentos (Ceme).

Mesmo com a manutenção de planos de benefícios distintos — e extremamente díspares — para os trabalhadores urbanos e rurais, o fato é que a instituição de um sistema previdenciário único, com a criação do Sinpas, marca o início de uma nova etapa: a universalização do seguro social no Brasil.

Até a Constituição de 1988, a elegibilidade para obtenção do benefício rural de aposentadoria por idade era definida aos 65 anos (como também para o trabalhador urbano do sexo masculino), limitado ao cabeça do casal. Os valores das aposentadorias eram de 1/2 salário mínimo, a não ser o da aposentadoria por invalidez por acidente de trabalho, que era de3/4 do salário mínimo. O benefício de pensão tinha um valor ainda inferior, dependendo do tamanho da família. Para o custeio, além da alíquota de 2,5% sobre o valor da primeira comercialização do produto rural, foi criada a de 2,4% sobre a folha de salários urbana. Paralelamente aos benefícios previdenciários, foram também criados os assistenciais: os amparos previdenciários por idade (elegibilidade aos 70 anos) e por invalidez, com valor também de 1/2 salário mínimo, que cobriam a parcela da população rural que não podia de alguma forma comprovar a atividade.

A Constituição de 1988 instituiu novos parâmetros para a população rural: idade para elegibilidade do benefício aos 60 anos para os homens e 55 anos para as mulheres (cinco anos a menos do que para os trabalhadores urbanos)[1] e um piso de benefício igual a um salário mínimo (inclusive para pensão), além de na prática universalizar o benefício para toda a população rural. Homens e mulheres tiveram igualdade de acesso.

Foi, porém, com a Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, que essas modificações foram totalmente regulamentadas. A lei, que "dispõe sobre os Planos de Benefícios

1. Isso foi feito sob a alegação de que a esperança de vida ao nascer da população rural é mais baixa do que a da urbana. Na verdade, em cada estado da federação a esperança de vida da população urbana é igual ou mais baixa que a da população rural. Como, porém, o maior contingente de população rural está concentrado nos estados de mais baixa esperança de vida, a média nacional por situação de domicílio inverte o padrão encontrado localmente.

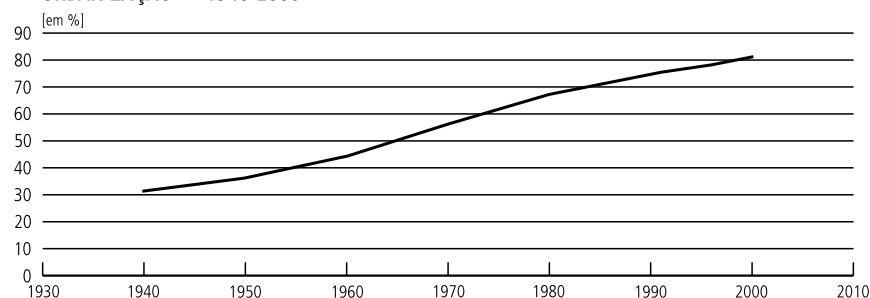
da Previdência Social e dá outras providências", em seu artigo 48 assegura a elegibilidade à aposentadoria por idade "(...) reduzidos esses limites para 60 e 55 anos de idade para os trabalhadores rurais, respectivamente homens e mulheres (...)". O estabelecimento do valor do benefício igual ao do salário mínimo foi entendido como prescindindo de legislação específica e aplicado imediatamente, ainda que a Lei 8.213, em seu artigo 33, reiterasse esse direito.

3 EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO RURAL: ATIVOS E BENEFICIÁRIOS

A população brasileira era principalmente rural na década de 1940 (ver Gráfico 1), hoje é, em sua maioria, urbana. O grau de urbanização seguiu uma trajetória logística com valores próximos a 30% em 1940, chegando a cerca de 80% em 2000. A população rural, apesar da alta taxa de emigração para as áreas urbanas, conseguiu manter, até 1970, uma taxa de crescimento positiva; a partir daí, apresentou quedas em valores absolutos em torno de 0,84% a.a.

Mesmo considerando a menor importância relativa do contingente rural *vis-à-vis* o contingente urbano, cumpre lembrar que, dadas as dimensões continentais do país, estamos tratando de uma população de 31,8 milhões de pessoas (dentre os 170 milhões de brasileiros em setembro de 2000).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considera que: de acordo com a localização do domicílio, a situação pode ser classificada em urbana e rural, segundo as leis municipais em vigor. Na categoria urbana são classificadas áreas urbanizadas e não-urbanizadas correspondendo às cidades, vilas (distritos) ou áreas urbanas isoladas. A categoria rural abrange todas as áreas localizadas fora desses limites, incluindo os aglomerados rurais de extensão urbana, os povoados e os núcleos. Essa definição superestima a população urbana e, conseqüentemente,

GRÁFICO 1
BRASIL: PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO URBANA NA POPULAÇÃO TOTAL — GRAU DE URBANIZAÇÃO — 1940-2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 1996 e 2000.

subestima a população rural. Visando superar esse inconveniente, utilizou-se aqui, como definição de população rural, a população envolvida em atividades agrícolas. Quer dizer, foram consideradas rurais todas as famílias nas quais a maioria dos membros estivesse envolvida em atividades agrícolas, assim como todas as famílias nas quais não fosse verificado nenhum membro envolvido em atividades agrícolas, mas que estivessem morando em áreas definidas como rurais pelo IBGE.

O Gráfico 2 apresenta esses dois grupos: a população rural e a população envolvida em atividades agrícolas, ressaltando-se que esta última é sempre maior que a primeira. Situação oposta pode ser observada para a população urbana (população urbana e população envolvida em atividades não-agrícolas) no Gráfico 3. Parte do aumento da distância entre os dois grupos, observada nitidamente pelo Gráfico 2, pode ser atribuída, a partir de 1992, à mudança no conceito de população ativa. A partir desse ano o conceito tornou-se muito mais abrangente, incluindo na

GRÁFICO 2
BRASIL: POPULAÇÃO RURAL E POPULAÇÃO ENVOLVIDA EM ATIVIDADES AGRÍCOLAS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

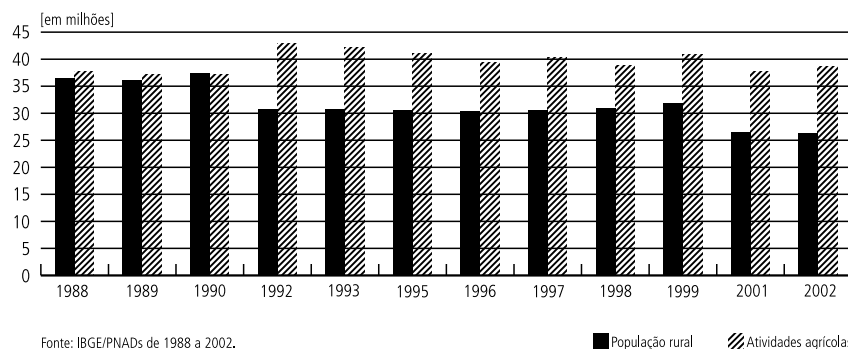
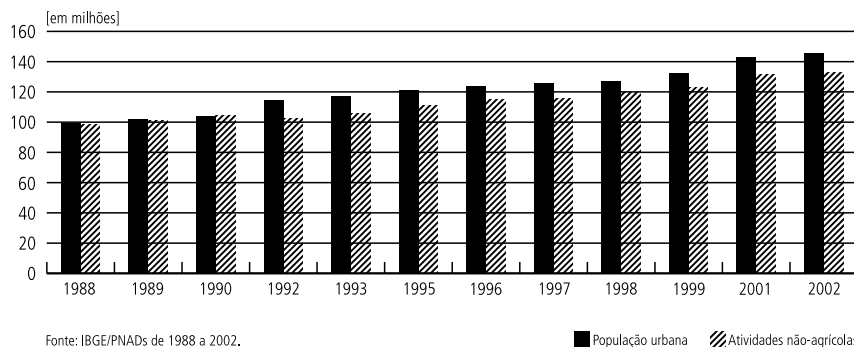



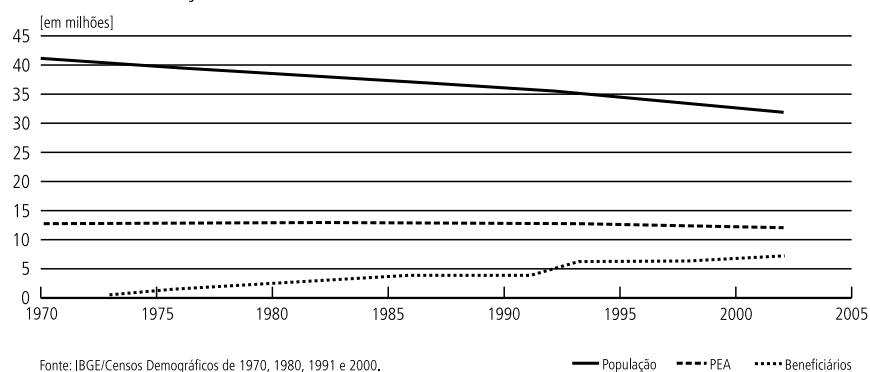
GRÁFICO 3
BRASIL: POPULAÇÃO URBANA E POPULAÇÃO NÃO-ENVOLVIDA EM ATIVIDADES AGRÍCOLAS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

população ativa os trabalhadores que cultivam para o autoconsumo e aqueles que trabalham em negócios familiares sem uma remuneração. Além disso, houve uma diminuição do número de horas trabalhadas consideradas como limite inferior para a definição de população ativa.

O Gráfico 4 mostra a evolução dos contingentes da população rural total, população economicamente ativa (PEA) e de beneficiários (previdenciários e assistenciais) para o período 1970-2000. Apesar da grande queda verificada no total da população rural (9,2 milhões entre 1970 e 2000), a PEA permaneceu praticamente constante (queda de 0,9 milhão no mesmo período — uma diminuição de 0,25% a.a.), como conseqüência de um perfil populacional mais velho. Concomitantemente, evidencia-se um vigoroso crescimento inicial do contingente de inativos *vis-à-vis* a força de trabalho ativa. Fica também claro o "salto" no contingente de beneficiários da previdência rural, fruto da redução das idades de elegibilidade determinada pela Constituição de 1988 (com uma defasagem de quatro anos para a promulgação das leis complementares).

Os Gráficos 5 e 6 apresentam as distribuições da população rural com mais de dez anos por idade, sexo e condição de benefício/atividade para os anos de 1988 (ano da promulgação da nova Constituição) e 2002 (ano mais recente da PNAD[2] disponível), respectivamente. Optou-se por dividir a população em nove grupos: trabalhadores formais;[3] trabalhadores informais; indivíduos ativos sem

GRÁFICO 4
BRASIL: POPULAÇÃO RURAL — TOTAL, PEA E BENEFICIÁRIOS — 1970-2000

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e 2000.

2. A PNAD é realizada anualmente pelo IBGE, exceto para os anos censitários. Conforme já mencionado, o IBGE adota a definição administrativa, feita em nível municipal, das áreas consideradas urbanas e rurais. Em princípio, todas as sedes de município, distritos e vilas são considerados. A PNAD não inclui áreas rurais para a região Norte (exceto para o Estado de Tocantins).

3. No Brasil, apesar do caráter mandatório da previdência social, há uma grande parcela de trabalhadores não-cobertos pelo sistema. Esses trabalhadores não-cobertos foram, neste estudo, considerados como "informais", assim como os cobertos foram considerados "formais".

GRÁFICO 5
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RURAL — 1988

Fonte: IBGE/PNAD de 1988.

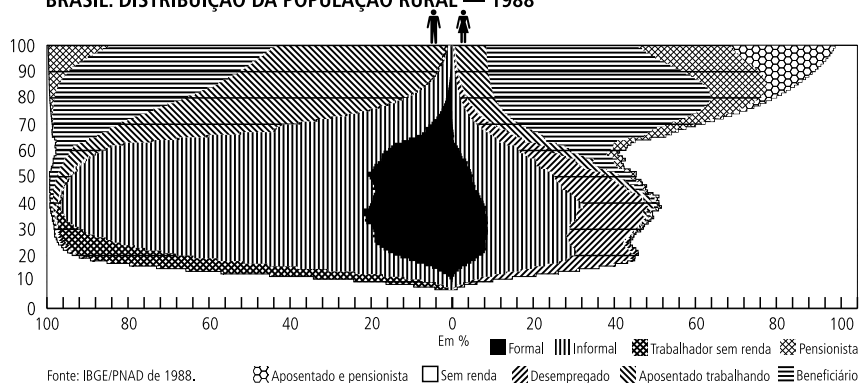
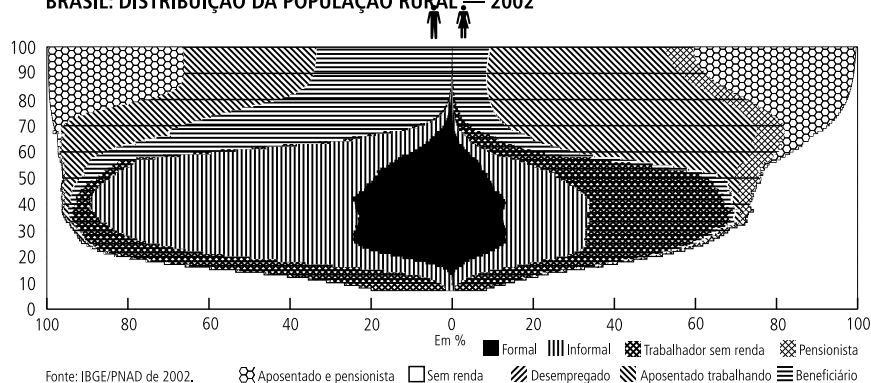



GRÁFICO 6
BRASIL: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RURAL — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

renda; desempregados; aposentados ainda em atividade; aposentados não trabalhando; pensionistas; indivíduos acumulando benefícios de pensão e de aposentadoria; e sem renda.[4]

A primeira constatação, até certo ponto surpreendente, é a alta incidência da acumulação de benefícios de aposentadoria e trabalho pelos homens rurais, mesmo em idades avançadas, tanto em 1988 (Gráfico 5) quanto em 2002 (Gráfico 6). Por exemplo, em 1988, cerca de 43,6% dos homens na faixa etária próxima aos 70 anos continuam em atividade, embora recebendo benefício. Apesar da melhoria

4. Trabalhadores ativos, quer estejam trabalhando no mercado formal ou no informal, não recebem benefícios previdenciários; por outro lado, definiu-se "aposentados ainda em atividade" como aqueles que possuem remuneração mensal fruto de sua atividade econômica e recebem também benefícios previdenciários; o grupo de "sem renda" foi definido como o conjunto de indivíduos que não possuem renda de nenhuma fonte e também não trabalham.

do valor do benefício, que duplicou em termos de número de salários mínimos,[5] o mesmo padrão se repete em 2002. Esse fato pode ser um constructo social, dado o valor positivo alocado a pessoas idosas "vigorosas" que, apesar da idade, declaram continuar trabalhando.

A distribuição etária da população feminina de trabalhadoras rurais é bimodal, tanto para as que trabalham informalmente quanto para as que não são remuneradas pelo seu trabalho, para os dois anos analisados (1988 e 2002), sendo esta mais evidente em 2002. No último ano esse padrão foi também verificado para o trabalho formal. Esse fato é típico em sociedades onde as mulheres se afastam do emprego durante o período reprodutivo e retornam quando os filhos estão em idade escolar. A distribuição total da força de trabalho feminina é bastante similar à da força de trabalho masculina, só que em uma escala menor. Nos dois anos considerados, a força de trabalho masculina apresentou uma curva unimodal e a população masculina no mercado formal de trabalho apresenta uma distribuição bimodal.

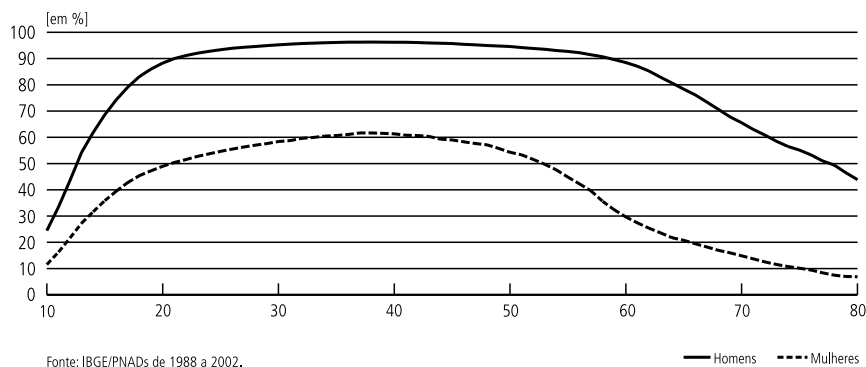
Existe, no Brasil, um problema de mensuração da atividade feminina — principalmente no campo, mas comum também na cidade. Isso ocorre porque o trabalho feminino não é valorado da mesma forma que o masculino, não sendo corretamente reportado quando da entrevista. Soma-se a isso o fato de que usualmente o trabalho feminino está restrito ao entorno da casa, incluindo o cultivo da terra para a subsistência, que não é comumente associado à atividade econômica produtiva. Nos gráficos, principalmente no de 2002, a atividade não-remunerada é muito mais concentrada entre as mulheres do que entre os homens.

Na seqüência, para mostrar a evolução das taxas consideradas neste estudo (taxas de atividade, por exemplo) serão apresentadas informações sobre as médias do período (1988-2002) e a taxa de variação média anual para o mesmo período. As médias afetam os níveis e estruturas das taxas consideradas e as taxas de variação, a dinâmica evolutiva.

O Gráfico 7 apresenta as taxas médias de atividade por idade e sexo para o período analisado. Ressalta-se que para essas taxas de atividade foram considerados os trabalhadores formais, os informais, os trabalhadores que também recebem benefícios e os trabalhadores não-remunerados. Como esperado, as taxas de atividades dos homens superam as das mulheres para todas as idades. As curvas são semelhantes: uma considerável inclinação nas primeiras idades, um platô na meia-idade e um lento declínio para as idades mais avançadas, e essa queda ocorre mais cedo para as

5. Reconhece-se que, para efeitos de uma análise mais aprofundada, o referencial de mensuração, em termos de número de salários mínimos, é inadequado. Seria necessário estabelecer uma escala que refletisse o poder de compra do benefício nos dois instantes de tempo considerados, o que, entretanto, está fora do escopo deste trabalho. Como *proxy* utilizou-se o valor real, corrigido pelo INPC.

GRÁFICO 7
BRASIL RURAL: TAXAS DE ATIVIDADE — VALORES MÉDIOS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

mulheres. Contudo, o Gráfico 8 aponta uma mudança que vem ocorrendo no mercado de trabalho rural: as mulheres, para todas as idades — ainda que as maiores taxas ocorram entre os 20 e 60 anos —, apresentam taxas de variação positivas durante o período analisado, implicando um aumento das taxas de atividade desse grupo, enquanto os homens apresentam queda nas taxas de atividades para todas as idades.

Considerando-se os benefícios, a idade de recebimento dos mesmos é inferior para as mulheres, como mostra o Gráfico 9 referente às taxas médias de recebimento de benefícios para o período. Essas taxas começam a crescer rapidamente como função da idade a partir dos 50 e 55 anos para mulheres e homens, respectivamente. A inclinação das curvas se mostra menor para a das mulheres do que para a dos homens. Aos 65 anos as taxas de cobertura dos homens e das mulheres

GRÁFICO 8
BRASIL RURAL: TAXA DE VARIAÇÃO DAS TAXAS DE ATIVIDADE — VALORES MÉDIOS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

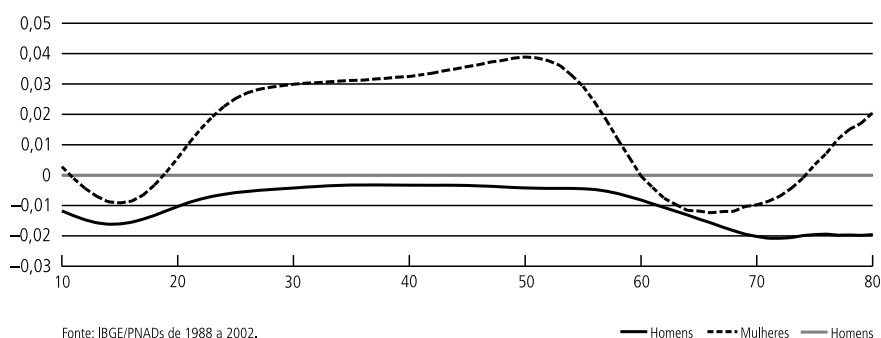
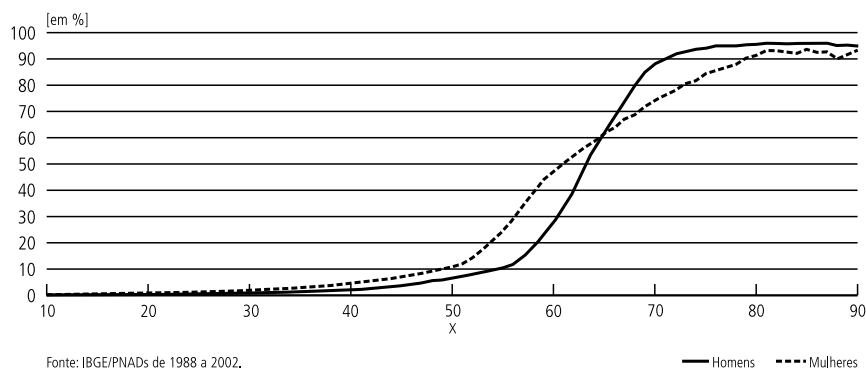
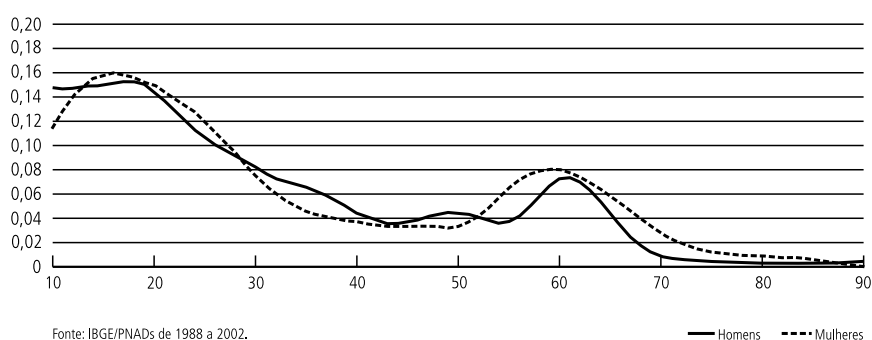



GRÁFICO 9
BRASIL: PROBABILIDADE DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS — VALORES MÉDIOS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

se cruzam e entre 65 e 80 anos os homens apresentam maiores taxas de cobertura. A partir dos 80 anos essas taxas, para ambos os sexos, se aproximam dos 95%.

O Gráfico 10 apresenta as taxas de crescimento da probabilidade de recebimento de benefícios, que é positiva para todas as idades no período considerado. Contudo, a taxa de crescimento é mais alta para idades menores, apresentando máximos locais aos 59 e aos 61 anos para mulheres e homens, respectivamente. Os picos estão relacionados à redução da idade de elegibilidade implementada em julho de 1991. Os valores mais elevados para os adultos jovens decorrem, provavelmente, do aumento da concessão de benefícios por invalidez entre a população rural, o que sugere uma melhora na cobertura desse grupo. Ainda que seja difícil isolar os efeitos dos novos dispositivos constitucionais na previdência rural e na assistência, a fim de comprovar que sejam eles a única causa para essas mudanças,

GRÁFICO 10
BRASIL RURAL: TAXA DE VARIAÇÃO DA PROBABILIDADE DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS — VALORES MÉDIOS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

é muito provável que esses novos dispositivos constitucionais sejam o fator principal. Reduzindo a idade de elegibilidade para a aposentadoria, tais dispositivos parecem ter provocado um crescimento na proporção dos beneficiários.

A menor inclinação na curva das mulheres no Gráfico 10, combinada com o pico mais amplo em torno de 60 anos, sugere uma distribuição etária mais difusa e uma mudança mais drástica no padrão de acesso aos benefícios por parte das mulheres.

Para estimar o hiato entre os sexos no período, o Gráfico 11 apresenta a razão de sexo das taxas de atividade. Observam-se razões cada vez maiores conforme a idade. No intervalo de 27 a 51 anos, varia de duas vezes mais, alcançando valores ainda mais altos nas idades mais avançadas. Em outras palavras, como já mencionado, a força de trabalho rural é extremamente masculinizada. Observe-se, no entanto, que o mesmo não ocorre em relação aos benefícios. O gráfico da razão de sexo da probabilidade de recebimento de benefícios tem a forma de U: nas primeiras idades (abaixo dos 19 anos) a incidência é maior entre os homens, em decorrência, talvez, das aposentadorias por invalidez. A partir desse ponto, a incidência feminina é cada vez maior (certamente pela concessão de pensões), até atingir a diferença máxima aos 40 anos, quando começa a declinar. Desse ponto em diante o hiato entre os sexos cai continuamente (devido à legislação anterior que restringia o recebimento de benefícios ao chefe da família), invertendo o sinal e alcançando um máximo relativo aos 70 anos, com a razão homem/mulher decrescendo ligeiramente a partir dessa idade.

Analisando as mudanças nas razões de sexo da taxa de atividade e da probabilidade de recebimento de benefícios (Gráfico 12), fica evidente que a primeira é

GRÁFICO 11
BRASIL RURAL: RAZÃO DE SEXO DAS TAXAS DE ATIVIDADE E DAS PROBABILIDADES DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS — HOMENS/MULHERES — MÉDIA 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

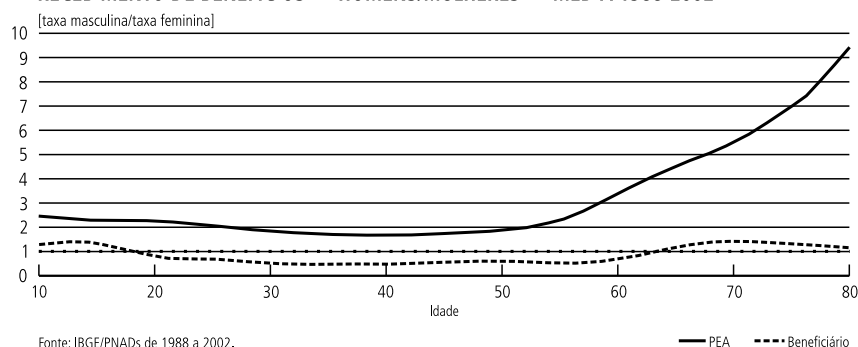
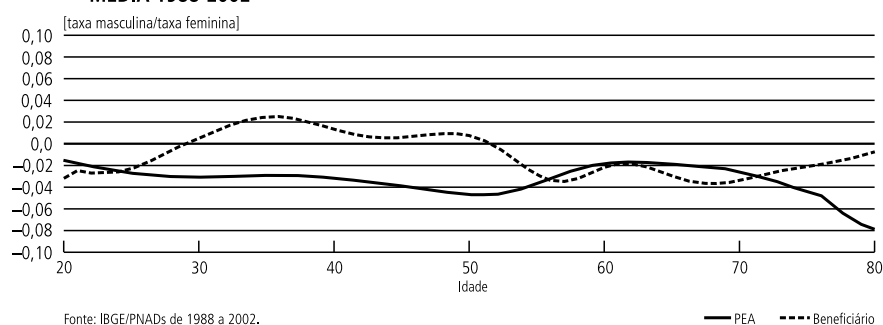



GRÁFICO 12
BRASIL RURAL: TAXA DE CRESCIMENTO RELATIVO DA RAZÃO DE SEXO DAS TAXAS DE ATIVIDADE E DA PROBABILIDADE DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS — HOMENS/MULHERES — MÉDIA 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

negativa e a segunda positiva para as idades compreendidas entre 28 e 52 anos. A variação negativa da razão de sexo da taxa de atividade para todas as idades do estudo confirma o aumento da participação feminina na força de trabalho. Os valores negativos para as idades acima de 51 anos apontam para um aumento relativo de aposentadorias/pensões de mulheres na população rural.

Com o intuito de demonstrar as transformações ocorridas no mercado de trabalho, será feita uma descrição da PEA, no que diz respeito à participação de seus componentes: trabalhadores formais, informais, trabalhadores recebendo benefícios, desempregados, e trabalhadores não-remunerados. Os Gráficos 13 e 14 mostram a participação relativa média, no mercado de trabalho, dos homens e das mulheres, respectivamente, no período. Depreende-se que: *a*) os homens apresentam maior participação no mercado informal; *b*) a participação dos trabalhadores

GRÁFICO 13
BRASIL RURAL: DISTRIBUIÇÃO DA PEA — VALORES MÉDIOS — HOMENS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

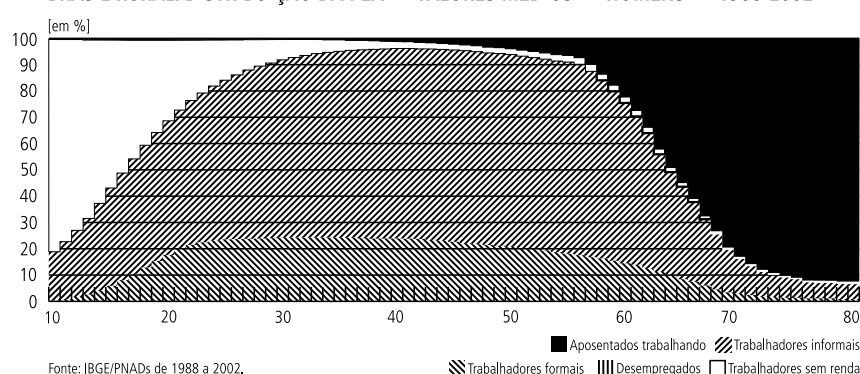
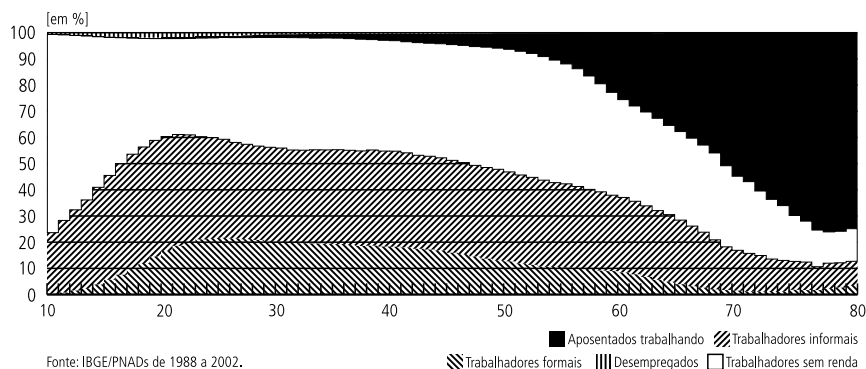



GRÁFICO 14
BRASIL RURAL: DISTRIBUIÇÃO DA PEA — VALORES MÉDIOS — MULHERES —1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

homens não-remunerados decresce com a idade; e *c*) as mulheres apresentam maiores taxas de participação tanto no grupo de trabalhadores não-remunerados quanto no grupo de trabalhadores que também recebem benefícios. O desemprego é relativamente pequeno para ambos os sexos.

Os Gráficos 15 e 16 apresentam, para os mesmos componentes do mercado de trabalho, as taxas de variação das probabilidades de participação relativa dos homens e das mulheres, respectivamente. Entre os homens, observa-se que os trabalhadores sem remuneração (entre 30 e 80 anos) e os que também recebem benefícios (entre 15 e 30 anos) apresentam as maiores taxas (maior crescimento na participação) e os desempregados, as menores (maior decréscimo na participação). Já as mulheres apresentam taxas positivas, tanto para o grupo de trabalhadoras informais (todas as idades) quanto para o de trabalhadoras recebendo benefícios

GRÁFICO 15
BRASIL RURAL: TAXA DE VARIAÇÃO NA DISTRIBUIÇÃO DA PEA — HOMENS — VALORES MÉDIOS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

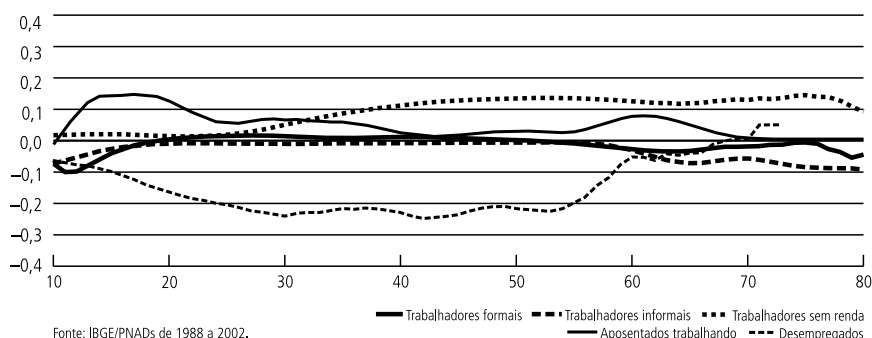
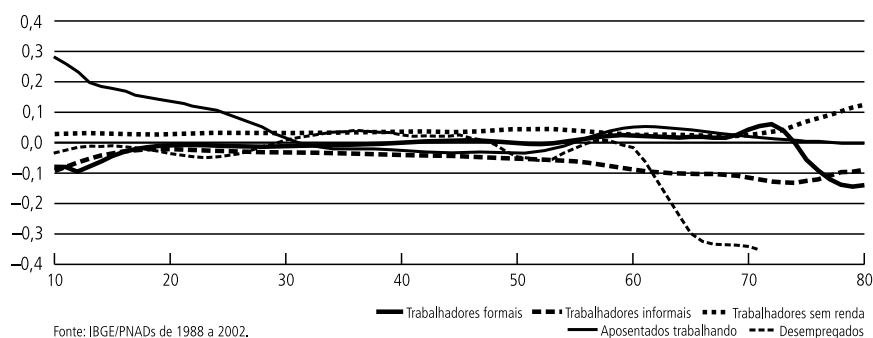
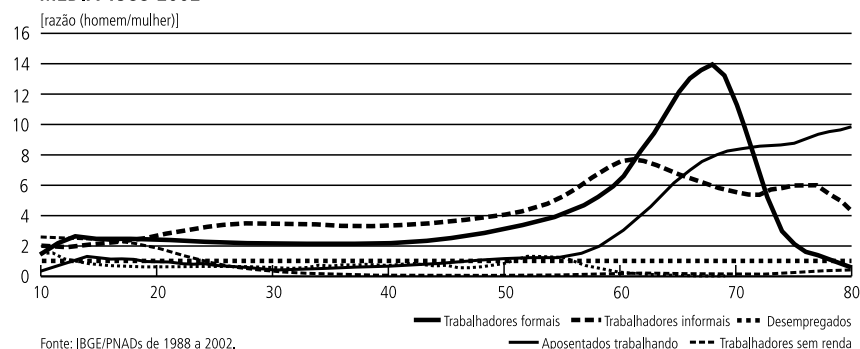



GRÁFICO 16
BRASIL RURAL: TAXA DE VARIAÇÃO NA DISTRIBUIÇÃO DA PEA — VALORES MÉDIOS — MULHERES — 1988-2002

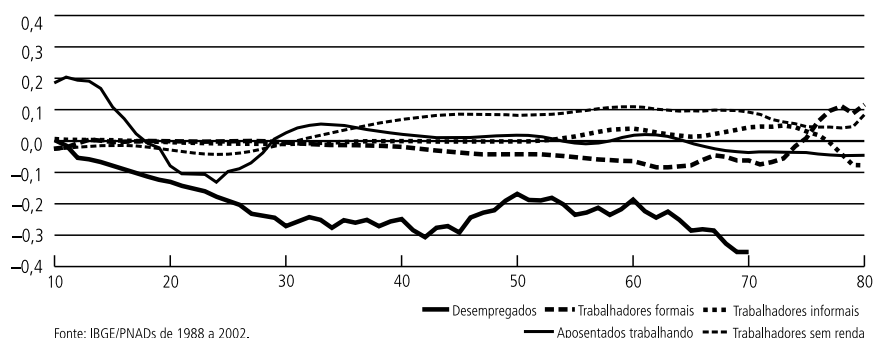
Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

(abaixo dos 30 e acima dos 55 anos), indicando aumento relativo desses dois grupos. O crescimento nas taxas de atividade de ambos os sexos é devido, em larga medida, ao aumento do número de trabalhadores não-remunerados e de trabalhadores recebendo benefícios. Esse fenômeno pode ser parcialmente explicado pela mudança no conceito de PEA utilizado pela PNAD.

O hiato entre os sexos pode ser observado pelo Gráfico 17, que apresenta as razões de sexo da participação relativa na PEA. A razão de sexo é superior a 2 para as principais categorias remuneradas (trabalhadores formais e informais) em praticamente todas as idades, o que confirma a predominância masculina no mercado de trabalho rural. Analisando as taxas de crescimento da razão de sexo, observam-se taxas positivas apenas para atividades não-remuneradas e para trabalhadores mais velhos no mercado formal. Novamente, confirma-se um aumento da participação feminina no mercado de trabalho, sobretudo nas atividades sem remuneração monetária.

GRÁFICO 17
BRASIL RURAL: RAZÃO DE SEXO DA DISTRIBUIÇÃO DA PEA — HOMENS/MULHERES — MÉDIA 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

Em outras palavras, a razão de sexo da força de trabalho e da população de beneficiários permaneceu praticamente inalterada durante o período estudado, como demonstrado no Gráfico 18, referente à taxa de variação da razão de sexo das taxas de atividade e de recebimento de benefícios. Assim, para qualquer dos casos, a conclusão permanece a mesma: apesar da pequena participação (declarada) na força de trabalho, as mulheres têm elevada participação no recebimento de benefícios da previdência social.

Essas constatações levam a algumas conclusões interessantes sobre a inter-relação entre o trabalho e o sistema de previdência rural no Brasil. Observe-se que, a princípio, poder-se-ia supor que a distribuição dos benefícios entre homens e mulheres espelhasse a da PEA. Como foi demonstrado, isso não ocorre: há uma enorme predominância masculina no mercado de trabalho, enquanto, do lado dos benefícios, há uma participação muito maior das mulheres. Isso significa que as mulheres rurais, embora não se declarem trabalhadoras (quando em idades ativas), conseguem, de alguma forma, obter os benefícios previdenciários.

GRÁFICO 18
BRASIL RURAL: TAXA DE VARIAÇÃO DA RAZÃO DE SEXO DA PEA — HOMENS/MULHERES — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

4 PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS[6] E DE SUA RENDA[7] NAS FAMÍLIAS ORDENADAS POR RENDA FAMILIAR *PER CAPITA*[8]

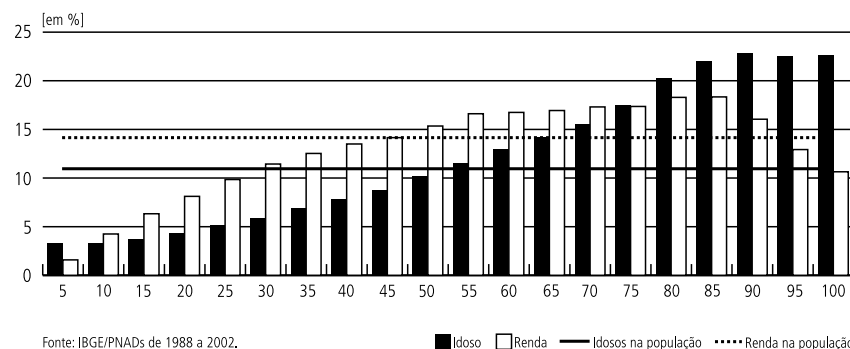
O Gráfico 19 apresenta a participação média dos idosos e de sua renda nas famílias envolvidas em atividades agrícolas ordenadas por *vintis* de renda familiar *per capita*

6. "Idosos" foram definidos como maiores de 55 anos, já que a elegibilidade para a aposentadoria rural é de 55 anos para as mulheres. Embora nem todos os beneficiários da previdência e assistência social sejam idosos, os Gráficos 5 e 6 evidenciam que esses se constituem em maioria absoluta. Dessa forma, será utilizada a *proxy* de idosos como aproximação do conceito de beneficiário.

7. Por renda dos idosos entende-se a renda de benefícios exclusivamente.

8. Confrontar com os capítulos de Delgado e Cardoso Jr. e de Saboia que avaliam a renda dos idosos a partir de pesquisas de campo.

GRÁFICO 19
BRASIL RURAL: PARTICIPAÇÃO DO IDOSO (NA POPULAÇÃO E NA RENDA) POR VINTIL DE RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* — MÉDIA 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

para o período 1988-2002.[9] Observam-se sempre menos idosos em 50% das famílias mais pobres do que na população como um todo, evidenciando que é, preferencialmente, nas famílias mais afluentes que se encontra o idoso. Isso pode revelar que os idosos possuem os recursos ou que as famílias mais ricas mantêm os idosos junto a si, já que a maior participação dos idosos é verificada nos percentis mais altos.[10]

A Tabela A.1 do Anexo mostra a participação dos idosos nas famílias ordenadas por *percentis* de renda familiar *per capita* para os anos considerados e a média para o período, assim como a média para cada ano (última coluna). A participação média dos idosos nas famílias cresceu de 9,8% em 1988 para 14,2% em 2002, em conseqüência do envelhecimento populacional no período. Essa informação desagregada por renda familiar *per capita* mostra uma mudança considerável. Nas famílias de baixa renda (até o 20º *percentil* da renda *per capita*) verifica-se que a participação média dos idosos caiu de 4,0% em 1988 para 3,4% em 2002. Já para as famílias com rendas mais altas (a partir do 80º *percentil* de renda *per capita*), observa-se um crescimento de 14,8% para 28,3% da participação dos idosos no mesmo período.

A Tabela A.2 do Anexo apresenta os dados relativos à participação da renda de aposentadorias e pensões dos idosos na renda familiar *per capita*, também ordenada por *percentis* de renda para os anos considerados. A média para cada um dos *percentis* de renda familiar *per capita* para o período aparece do lado direito da

9. É bom lembrar que a população rural brasileira não é totalmente monetizada e o autoconsumo corresponde a uma parcela significativa do consumo das famílias, o que é de difícil mensuração.

10. Ver Barros, Mendonça e Santos (1999) que tecem comentários similares para o Brasil como um todo.

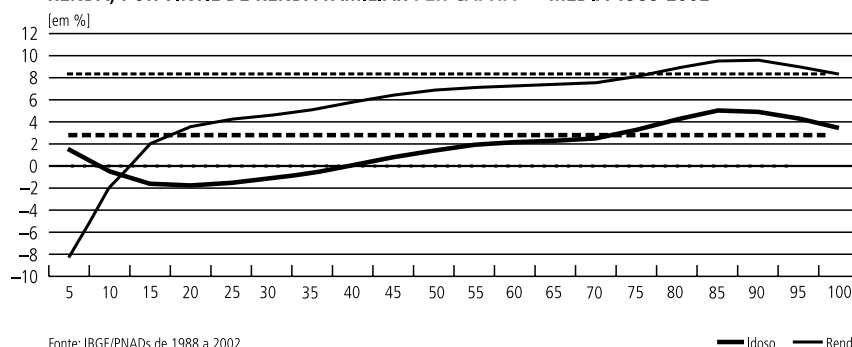
tabela e a participação média dos idosos nas famílias para cada ano encontra-se no final da tabela.

No Gráfico 20 pode-se observar a taxa de variação da participação do idoso, tanto em termos da presença física, quanto em termos de participação na renda familiar para o período 1988-2002. O aumento da participação dos idosos a partir do 45º *percentil*, assim como o oposto para as famílias abaixo desse ponto, é notável. Ressalte-se que os dois primeiros *percentis* não foram estatisticamente significativos nem consistentes com a tendência geral.

Assim como aumentou a presença dos idosos no período, houve também maior participação da renda do idoso na renda familiar, de 5,6% em 1988 para 21,4% em 2002. Esse aumento pode ser dividido em dois componentes: *a*) aumento da população de idosos (aposentados e pensionistas) no país como um todo e nas famílias rurais em particular; e *b*) aumento da renda média dos idosos. O crescimento do segundo componente é resultante do aumento no valor dos benefícios, como mostra o Gráfico 20. Esse gráfico apresenta taxas de variação positivas para todos os grupos de renda familiar *per capita*, com exceção dos dois grupos inferiores (que, embora não-estatisticamente significativos, são consistentes com a tendência geral), que mostram uma diminuição da participação da renda dos idosos na renda familiar. Em outras palavras, mesmo desconsiderando o componente de envelhecimento populacional, o acréscimo da participação dos idosos na renda familiar rural brasileira pode ser creditado à Constituição de 1988, que dobrou o valor do benefício em salários mínimos e ampliou a população elegível.

Sintetizando, observa-se que os idosos rurais se concentram cada vez mais nas famílias de rendas mais elevadas. Verifica-se que, embora tenha crescido a

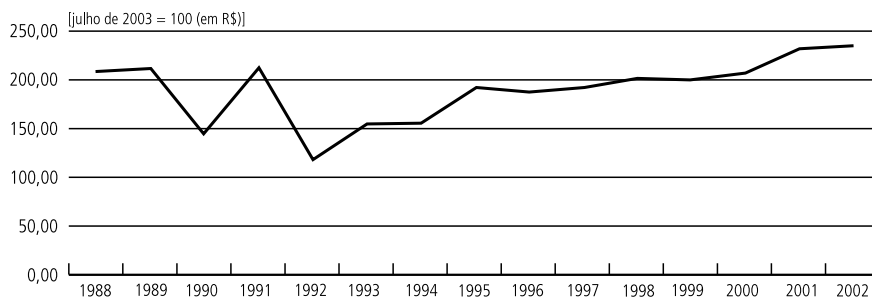
GRÁFICO 20
BRASIL RURAL: TAXA DE VARIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO IDOSO (NA POPULAÇÃO E NA RENDA) POR VINTIL DE RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* — MÉDIA 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

participação média dos idosos nas famílias rurais (envolvidas em atividades agrícolas) no período 1988-2002, esse crescimento foi bastante desigual, quando consideradas as faixas de renda *per capita*, corroborando que eles foram os responsáveis pela melhoria das famílias às quais pertenciam.

A taxa de variação da participação dos idosos nas famílias é maior para aquelas com mais altas rendas e negativa para os grupos de menor renda *per capita* familiar. Em termos de participação econômica, assim como foi verificado em termos de presença física, a taxa de variação aumenta de acordo com a renda familiar *per capita*, diminuindo nos grupos extremos: há uma contribuição menor da renda do idoso para a renda familiar nos *percentis* extremos (nas famílias mais pobres e nas mais ricas).

Nas famílias mais pobres (*percentis* de renda *per capita* abaixo de 20%) verifica-se que a contribuição média dos idosos na renda familiar era de cerca de 5,1% da renda total no período considerado (em 1988 essa média era de 5,8% e descreve uma trajetória côncava, chegando a 5,9% em 2002). Já para as famílias mais ricas (*percentis* de renda a partir de 80%) verifica-se uma participação média para o período em torno de 15,3% (em 1988 essa média era de 4,8% e aumentou para 21,7% em 2002). Esse crescimento é considerável e ocorre em quase todos os *percentis*, como mostra a Tabela A.2 do Anexo. Resumindo, a presença de idosos na família está associada a uma melhora financeira, ainda que a participação média da renda do idoso na renda familiar não se dê sempre na mesma proporção que a da renda dos outros membros da família nos grupos mais abonados.

Na verdade, a renda familiar *per capita* (como fração do salário mínimo vigente no mês da pesquisa — agosto de cada ano) dos indivíduos envolvidos em atividades agrícolas no período é quase estável. Uma queda na renda ocorre para os outros membros da família, mas não para os idosos que contra-arrestaram a perda ocorrida. Destaque-se que a diminuição da renda familiar rural *per capita* em termos de números de salários mínimos ocorre paralelamente ao aumento do valor real do salário mínimo desde 1992 (Gráfico 21).

GRÁFICO 21
SALÁRIO MÍNIMO, EM 31 DE AGOSTO DE CADA ANO, CORRIGIDO PELO INPC (IBGE) — VALORES REAIS — 1988-2002
[julho de 2003 = 100 (em R$)]

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

5 EFEITO DA RENDA DOS IDOSOS NA RENDA FAMILIAR *PER CAPITA*

Os Gráficos 22 a 24 combinam as informações já analisadas na última seção. O foco de análise dessa seção é considerar os idosos, simultaneamente, como membros participantes nas despesas das famílias e como contribuintes para o orçamento familiar (provedor). O exercício aqui realizado consiste em excluir os idosos da família e analisar a renda *per capita* antes e depois da exclusão. O Gráfico 22 apresenta a mudança na renda familiar com e sem os idosos para cada *vintil* de renda e a mudança média da população como um todo, ambos para o período 1988-2002. Observa-se que nesse período os grupos abaixo do *percentil* 75 (exceto para o primeiro *percentil* de 5%) teriam uma redução média de cerca de 3% em sua renda *per capita* com a exclusão dos idosos. Para as famílias localizadas nos *percentis* acima de 75, a exclusão dos idosos acarretaria um aumento da renda familiar.

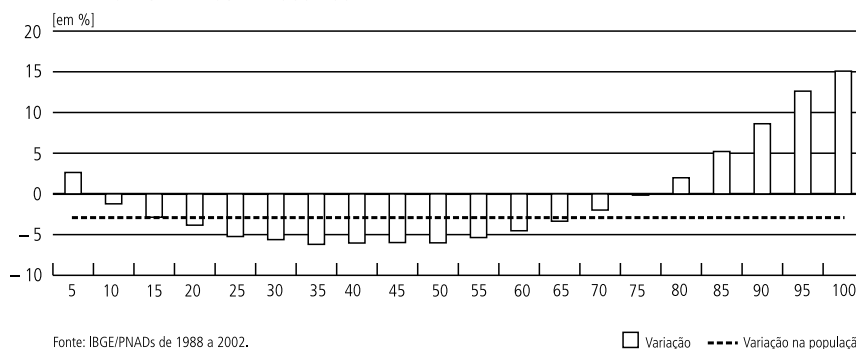
GRÁFICO 22
BRASIL RURAL: VARIAÇÃO NA RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* COM A EXCLUSÃO DOS IDOSOS — VALORES MÉDIOS — 1988-2002
[em %]

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

GRÁFICO 23
BRASIL RURAL: VARIAÇÃO NA RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* COM A EXCLUSÃO DOS IDOSOS, POR ANO-CALENDÁRIO — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

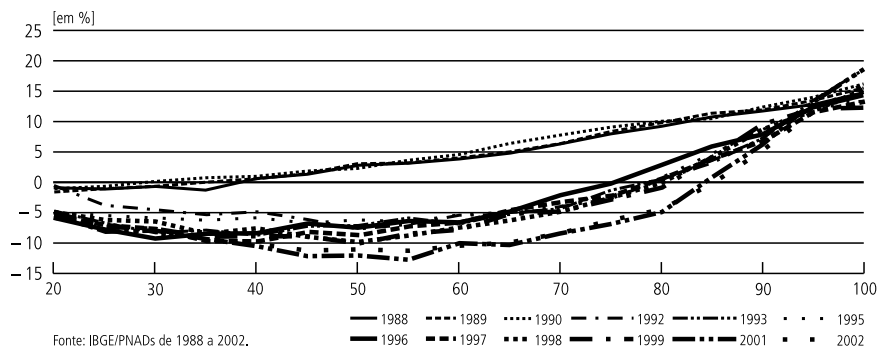
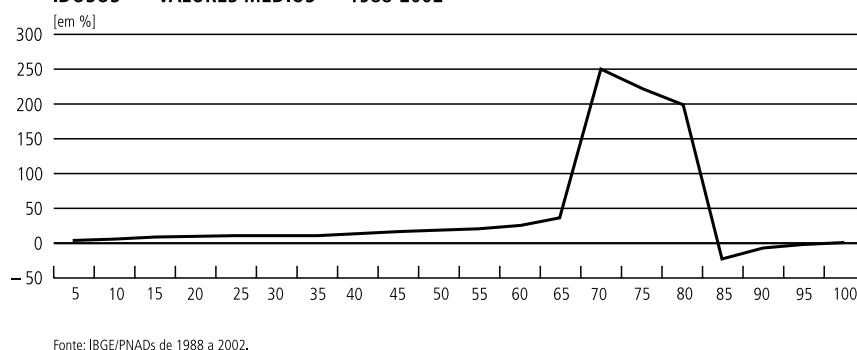



GRÁFICO 24
BRASIL RURAL: TAXA DE VARIAÇÃO NA RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* COM A EXCLUSÃO DOS IDOSOS — VALORES MÉDIOS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

O Gráfico 23 mostra que o período de estudo pode ser desagregado em três: um primeiro antes da promulgação da lei em 1991, um segundo entre essa data e o final do século e um terceiro já neste século. Ainda que os últimos anos do século passado já prenunciem as mudanças, é apenas neste século que elas se tornam mais óbvias. Existe uma clara descontinuidade da informação de 2001 com a anterior, que é confirmada pelos dados de 2002. O primeiro hiato pode ser atribuído às mudanças introduzidas pela Lei 8.213. O segundo pode ser atribuído à piora da situação da PEA e da melhora relativa dos beneficiários do sistema.

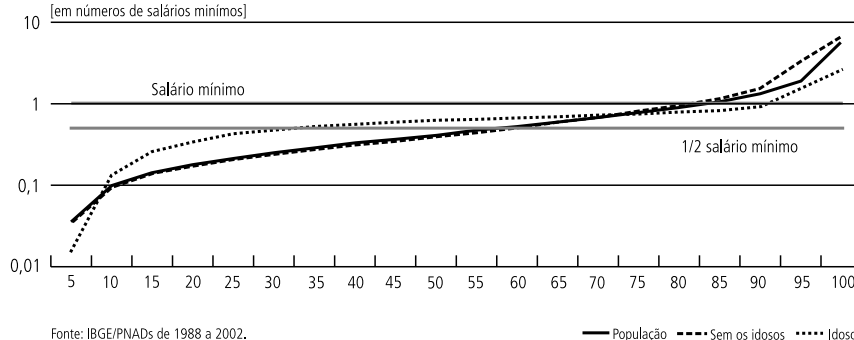
A partir de 1992 o impacto e o número de famílias afetadas negativamente seriam notáveis: todas as famílias, com exceção das situadas abaixo do 5º *percentil* e acima do 80º *percentil*, teriam uma redução da renda familiar com a exclusão dos idosos; em 1999 e em 2002, o *percentil* superior seria 85 (ver Gráfico 24 e Tabela A.4

no Anexo). Nessa tabela são apresentadas, por *percentil* de renda familiar *per capita*, as variações na renda familiar *per capita* com a exclusão da participação da renda dos idosos na renda das famílias ordenadas por *percentil* de renda para os anos analisados e a variação média para cada *percentil* de renda (última coluna), assim como a participação média dos idosos nas famílias em cada ano considerado (última linha).

Mais uma vez os dados comprovam a crescente importância dos idosos nas áreas rurais, fruto não só do processo de envelhecimento demográfico, mas também das condições mais generosas de elegibilidade e do aumento no valor dos benefícios.

O Gráfico 25 apresenta a renda média para cada *percentil* de renda familiar para a população como um todo, famílias sem os idosos e a renda média dos idosos para o período 1988-2002 em relação ao número de salários mínimos. Abaixo do 75º *percentil*, os idosos estariam melhores sozinhos (em termos de renda), com exceção daquele mais baixo (5º). A curva da renda média dos idosos sozinhos é bem mais plana, mostrando que os fluxos financeiros caminham em ambas as direções, dependendo do grupo de renda. Nas famílias de baixa renda os idosos ajudam no orçamento, enquanto se beneficiam quando estão em famílias de alta renda. Obviamente existem vários outros fatores a serem considerados, dentre os quais os laços familiares são os mais complexos. As diferentes gerações podem se ajudar reciprocamente de diversas maneiras, sendo a monetária apenas mais uma. A ajuda e o cuidado mútuo, assim como o cuidar dos netos e dos incapacitados, são outras possibilidades. Não obstante, a renda média dos idosos para todos os *percentis* e a renda familiar são muito próximas ao benefício previdenciário dos trabalhadores rurais, sugerindo que a previdência é a maior fonte de renda dessa população.

GRÁFICO 25
BRASIL RURAL: RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* MÉDIA POR PERCENTIL DE RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

O Gráfico 26 mostra que a situação se alterou drasticamente entre 1998 e 2002. Em todas as famílias, especialmente nas 10% mais pobres, a taxa de variação da renda dos idosos foi muito maior do que a da renda familiar — com diferenças menores para os grupos de renda mais alta. Apesar do crescimento na renda dos idosos nesse período, observa-se o inverso para o restante da família, ou seja, uma diminuição da renda dos demais membros.

Poder-se-ia, entretanto, argumentar que esse fenômeno seria decorrente de uma mudança no perfil da família rural brasileira no que diz respeito à proporção de idosos. Esse argumento, no entanto, não é verdadeiro, como pode ser observado no Gráfico 27, que mostra a distribuição cumulativa das famílias por tamanho: as famílias diminuíram em tamanho, passando de 6,23 para 5,22 membros em média,

GRÁFICO 26
TAXA DE VARIAÇÃO DA RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* MÉDIA: VALORES MÉDIOS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

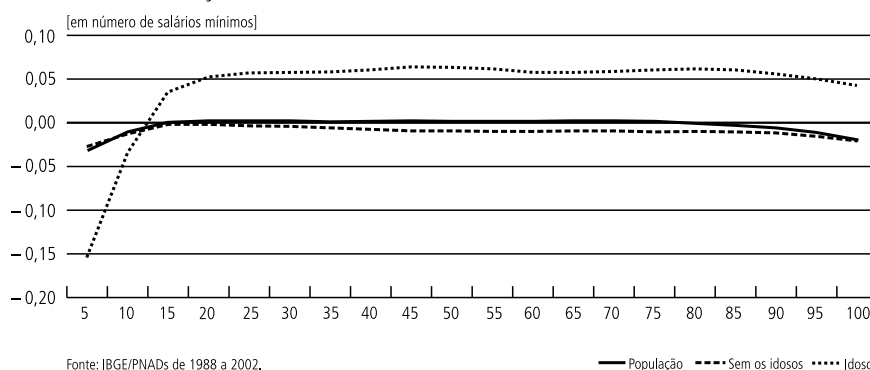
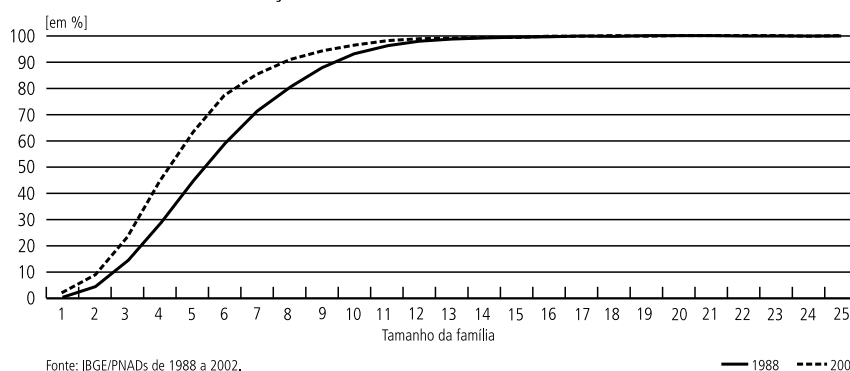



GRÁFICO 27
BRASIL RURAL: DISTRIBUIÇÃO CUMULATIVA DO TAMANHO DAS FAMÍLIAS — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

ou seja, uma diminuição de 16% no período. A diminuição no valor mediano foi mais ou menos a mesma, de 6 para 5. Adicionalmente, o Gráfico 28, referente à proporção dos idosos na família por tamanho de família, aponta para um crescimento do número de idosos vivendo sozinhos. Paralelamente a isso, verifica-se um crescimento da proporção de membros idosos em famílias grandes. Esse dado corrobora a impressão de que o aumento na renda dos idosos induz a que os filhos permaneçam em casa para usufruírem dessa renda. A economia rural brasileira não é totalmente monetizada, sendo pouco comum o trabalho não-remunerado, que dirá o rendimento superior a um salário mínimo. Parte do pagamento é feita em produtos e a maioria dos pequenos fazendeiros é, na verdade, constituída de meeiros/parceiros. Os idosos, com seus benefícios de um salário mínimo, detêm a maior parte da renda monetária nessas regiões.

Existem evidências de que em algumas cidades do Nordeste (e mesmo no Sudeste e no Sul) a renda auferida por benefícios sobrepassa em muito o Fundo de Participação de Municípios.[11] Pode-se rejeitar a hipótese de que a maior importância econômica dos idosos nas famílias rurais seja causada por uma mudança demográfica, e não pelos novos dispositivos constitucionais.

O Gráfico 29 apresenta o índice de Gini para a população rural brasileira no período estudado. Verifica-se que a distribuição é melhor, embora com oscilações no período.

GRÁFICO 28
BRASIL RURAL: PERCENTAGEM DE IDOSOS POR TAMANHO DA FAMÍLIA

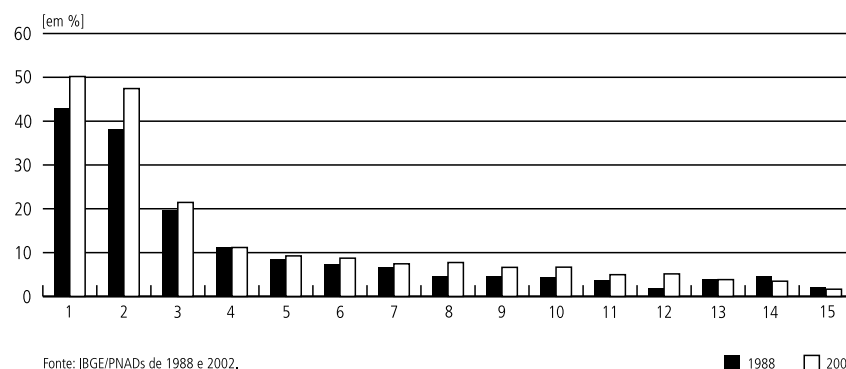
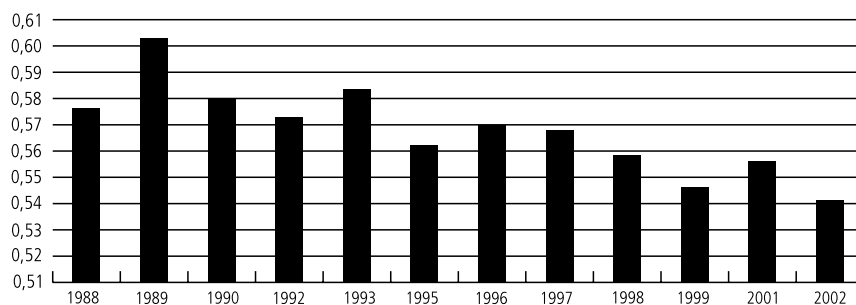
Fonte: IBGE/PNADs de 1988 e 2002.

11. Ver o capítulo de Delgado e Cardoso Jr.

GRÁFICO 29
BRASIL RURAL: ÍNDICE DE GINI — 1988-2002

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

6 COMENTÁRIOS FINAIS E CONCLUSÕES

Considerando-se a renda média e a sua taxa de variação no período estudado, observa-se que apenas os grupos compreendidos entre os *percentis* 15 e 75 tiveram sua renda familiar *per capita* média mantida entre 1988 e 2002. Ressalta-se que os acréscimos foram maiores para as famílias de renda mais alta. Como são justamente nessas famílias que, progressivamente, se concentram os idosos e, ainda, é nelas que mais cresce a participação do idoso na renda familiar, fica bastante claro que as mudanças constitucionais foram determinantes desse fenômeno. Além disso, é evidente nos dados o aumento da cobertura previdenciária à população rural, principalmente entre as mulheres.

Mostrou-se que o período de estudo pode ser desagregado em três: um primeiro, antes da promulgação da lei em julho de 1991, um segundo entre essa data e o final do século e um terceiro já neste século. Ainda que os últimos anos do século passado já prenunciem as mudanças, é apenas neste século que elas se tornam mais óbvias. Existe uma clara descontinuidade da informação de 2001 com a anterior, descontinuidade esta confirmada pelos dados de 2002. O primeiro hiato pode ser atribuído às mudanças introduzidas pela Lei 8.213. O segundo pode ser atribuído à piora da situação da PEA e da melhora relativa dos beneficiários do sistema.

Ainda que benefícios previdenciários tenham a função específica de servir como "seguro contra perda de capacidade laborativa", é inegável o papel social que a previdência rural tem desempenhado na elevação da renda no campo e, nesse sentido, colaborado para a erradicação da pobreza. A Constituição de 1988 e as leis complementares que se seguiram foram fundamentais para delinear essa nova realidade.

ANEXO

TABELA A.1
BRASIL RURAL: PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NA FAMÍLIA POR *VINTIS* DE RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* EM NÚMEROS — 1988-2002
[em %]

Vintis	1988	1989	1990	1992	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2002	Média
5	2,9	2,6	2,9	4,5	2,9	2,7	4,1	3,0	3,9	3,1	3,5	3,3	3,3
10	3,6	3,2	3,7	4,1	2,8	2,9	3,5	3,3	3,5	3,2	3,2	3,1	3,3
15	4,5	3,9	4,5	4,0	3,2	3,1	3,6	3,8	3,5	3,4	3,4	3,2	3,7
20	5,0	4,6	5,3	4,5	3,9	3,8	4,4	4,6	4,2	4,0	3,8	3,7	4,3
25	5,8	5,3	6,1	4,9	4,8	4,4	5,4	5,5	5,4	4,8	4,5	4,8	5,1
30	6,5	6,0	7,2	5,5	5,3	5,5	6,7	6,0	5,8	5,5	4,9	5,8	5,9
35	7,5	6,8	7,9	6,3	6,2	6,4	7,2	7,7	7,2	7,0	6,1	7,1	7,0
40	7,7	8,1	8,2	7,0	7,5	7,7	8,0	8,5	7,6	8,1	7,7	7,7	7,8
45	8,4	9,2	8,6	7,8	8,0	8,6	8,3	9,6	9,7	9,2	8,8	8,6	8,7
50	9,0	10,0	9,5	9,3	9,1	10,8	10,9	11,5	11,9	11,9	9,5	9,6	10,2
55	10,5	10,2	10,6	10,5	9,7	12,2	11,7	13,0	12,7	12,6	12,1	13,0	11,6
60	11,2	10,3	11,4	12,2	12,5	13,3	13,9	14,6	13,4	15,0	13,5	15,0	13,0
65	12,4	11,2	12,2	14,0	13,7	14,5	14,0	14,3	14,9	14,4	17,0	18,1	14,2
70	12,8	12,2	13,5	15,3	16,3	15,8	15,7	15,0	17,0	17,0	17,3	18,8	15,6
75	13,5	13,8	14,0	17,0	16,8	19,5	19,0	20,3	18,1	17,3	20,1	20,4	17,5
80	13,8	14,1	14,5	17,6	21,0	21,2	20,6	22,1	22,9	24,0	25,5	25,6	20,2
85	14,6	14,3	14,2	21,1	21,5	23,4	22,4	24,5	25,0	26,5	28,4	28,0	22,0
90	14,7	14,3	15,3	22,7	22,9	23,1	21,4	22,1	27,6	28,9	30,8	30,7	22,9
95	15,5	15,2	16,6	23,8	21,9	23,7	22,3	22,6	25,2	25,8	29,0	28,3	22,5
100	16,7	16,4	18,2	23,7	22,1	23,6	22,9	22,8	24,8	23,7	28,8	27,4	22,6
Total	9,8	9,6	10,2	11,7	11,7	12,3	12,3	12,7	13,3	13,4	13,9	14,2	12,1

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

TABELA A.2
PARTICIPAÇÃO DA RENDA DE APOSENTADORIA E PENSÃO NA RENDA FAMILIAR POR *VINTIL* DE RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* — 1988-2002
[em %]

Vintis	1988	1989	1990	1992	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2002	Média
5	3,7	2,3	4,1	0,2	–0,3	0,4	1,9	0,9	1,9	2,4	1,2	0,3	1,6
10	5,6	4,4	5,2	1,6	1,9	3,7	6,2	4,6	5,4	5,5	3,5	3,3	4,2
15	6,2	5,0	5,8	3,3	4,6	6,6	8,6	8,0	7,5	7,7	6,2	6,5	6,3
20	6,0	5,9	6,4	5,2	8,1	8,7	10,3	10,5	9,1	9,0	9,1	9,2	8,1
25	6,5	6,7	6,6	7,9	11,4	9,6	12,2	11,5	10,9	11,1	12,0	11,7	9,8
30	7,5	6,4	7,0	10,5	13,2	10,8	15,5	13,4	12,4	13,5	13,2	13,9	11,4
35	8,4	6,7	7,4	11,0	13,8	12,5	16,0	16,4	14,2	14,7	13,9	15,4	12,5
40	7,9	7,6	7,2	11,5	15,0	13,1	14,8	18,0	15,8	16,5	17,5	17,2	13,5
45	6,6	7,9	7,0	13,2	15,6	14,2	15,2	16,9	16,6	17,6	20,3	18,8	14,2
50	6,7	7,4	7,2	16,2	14,8	16,8	16,7	18,2	20,6	19,7	20,3	19,7	15,4
55	7,5	7,1	7,6	17,5	15,3	17,8	18,2	20,6	21,7	21,6	22,4	22,1	16,6
60	7,9	7,0	7,3	16,4	17,9	18,0	18,9	19,7	18,7	20,5	23,9	24,8	16,7
65	8,2	6,5	6,7	18,1	19,0	18,6	18,9	18,5	20,0	19,6	23,6	25,6	16,9
70	7,6	6,6	6,6	19,9	18,9	19,3	17,3	17,8	22,0	20,1	25,6	26,0	17,3
75	6,4	6,8	6,4	18,6	19,0	20,9	18,3	20,7	19,8	20,6	25,4	25,4	17,4
80	5,8	5,7	5,8	17,6	19,5	21,5	19,8	23,5	21,7	23,2	27,7	27,7	18,3
85	5,6	4,5	5,3	18,1	19,9	19,3	17,3	20,8	24,0	25,2	30,1	30,0	18,3
90	4,8	4,0	4,8	17,8	17,3	16,8	15,2	17,3	20,5	21,8	25,7	26,5	16,0
95	4,6	3,8	4,9	14,2	11,9	14,2	13,1	13,9	16,8	17,0	20,2	20,5	12,9
100	4,6	3,7	5,1	11,3	7,9	12,4	11,2	11,3	14,2	13,9	16,1	16,0	10,6
Total	5,6	4,8	5,7	14,9	14,0	15,5	14,7	15,9	17,9	18,3	21,3	21,4	14,2

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

TABELA A.3

RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* EM NÚMERO DE SALÁRIOS MÍNIMOS POR *VINTIL* DE RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* — 1988-2002

Vintis	1988	1989	1990	1992	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2002	Média
5	0,05	0,06	0,06	0,01	0,02	0,04	0,02	0,03	0,03	0,04	0,03	0,04	0,04
10	0,10	0,12	0,14	0,05	0,07	0,11	0,10	0,11	0,11	0,11	0,09	0,11	0,10
15	0,14	0,16	0,18	0,09	0,11	0,16	0,15	0,15	0,15	0,16	0,13	0,15	0,14
20	0,17	0,20	0,22	0,12	0,14	0,20	0,19	0,19	0,19	0,19	0,17	0,19	0,18
25	0,20	0,24	0,26	0,14	0,17	0,24	0,23	0,22	0,22	0,23	0,20	0,22	0,21
30	0,23	0,27	0,30	0,17	0,20	0,28	0,27	0,26	0,25	0,26	0,24	0,25	0,25
35	0,27	0,32	0,33	0,20	0,24	0,32	0,31	0,30	0,29	0,31	0,27	0,29	0,29
40	0,30	0,36	0,38	0,24	0,27	0,36	0,36	0,34	0,33	0,35	0,30	0,32	0,33
45	0,33	0,40	0,42	0,27	0,32	0,41	0,40	0,39	0,38	0,39	0,34	0,36	0,37
50	0,38	0,45	0,47	0,31	0,36	0,46	0,46	0,44	0,42	0,44	0,39	0,41	0,42
55	0,42	0,51	0,53	0,35	0,41	0,51	0,52	0,50	0,48	0,49	0,44	0,46	0,47
60	0,47	0,58	0,60	0,40	0,47	0,58	0,59	0,55	0,54	0,55	0,50	0,51	0,53
65	0,53	0,66	0,67	0,47	0,52	0,66	0,67	0,64	0,62	0,63	0,56	0,58	0,60
70	0,60	0,74	0,76	0,53	0,61	0,76	0,76	0,72	0,70	0,71	0,64	0,66	0,68
75	0,69	0,86	0,88	0,61	0,70	0,86	0,88	0,82	0,79	0,81	0,73	0,75	0,78
80	0,81	1,02	1,03	0,71	0,82	0,99	1,01	0,96	0,92	0,93	0,86	0,88	0,91
85	0,98	1,24	1,24	0,85	0,99	1,17	1,20	1,13	1,06	1,07	1,01	1,03	1,08
90	1,25	1,58	1,57	1,04	1,23	1,47	1,49	1,43	1,36	1,35	1,24	1,26	1,35
95	1,80	2,32	2,26	1,41	1,74	2,04	2,07	2,03	1,88	1,88	1,69	1,73	1,90
100	5,68	8,02	7,40	4,05	5,13	6,20	6,20	6,00	5,58	5,31	4,96	4,93	5,79
Total	0,77	1,01	0,99	0,60	0,73	0,89	0,89	0,86	0,82	0,81	0,74	0,76	0,82

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

TABELA A.4
VARIAÇÃO NA RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* COM A EXCLUSÃO DOS IDOSOS POR *VINTIL* DE RENDA FAMILIAR *PER CAPITA* — 1988-2002
[em %]

Vintis	1988	1989	1990	1992	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2002	Média
5	0,6	1,7	–0,7	4,7	3,5	3,0	4,8	2,6	4,1	1,9	2,3	3,1	2,6
10	–1,9	–1,1	–1,4	2,4	0,3	–1,3	–3,1	–2,0	–2,3	–2,7	–0,6	–0,9	–1,2
15	–1,8	–1,1	–1,6	0,4	–1,5	–3,6	–5,4	–4,7	–4,3	–4,4	–3,2	–3,3	–2,9
20	–0,9	–1,6	–0,9	–0,5	–4,8	–5,0	–5,8	–5,4	–5,0	–5,0	–5,4	–5,7	–3,8
25	–1,1	–1,1	–0,7	–3,8	–6,7	–5,5	–7,8	–7,1	–6,2	–7,4	–8,1	–7,4	–5,2
30	–0,7	–0,6	0,2	–4,6	–8,4	–5,9	–9,3	–7,7	–6,5	–7,7	–7,9	–8,3	–5,6
35	–1,3	–0,1	0,8	–5,3	–7,9	–6,2	–8,5	–9,7	–8,5	–8,9	–9,4	–9,3	–6,2
40	0,6	0,7	1,0	–4,8	–8,7	–5,9	–8,4	–9,7	–7,6	–8,9	–10,5	–10,1	–6,0
45	1,3	1,5	1,9	–6,1	–7,2	–6,7	–6,8	–8,2	–9,0	–8,9	–12,2	–11,2	–6,0
50	2,7	3,0	2,3	–7,7	–7,1	–6,2	–7,5	–8,7	–9,8	–10,1	–12,0	–11,0	–6,0
55	3,2	3,2	3,6	–7,0	–5,9	–6,5	–6,4	–7,3	–8,8	–8,5	–12,8	–11,3	–5,4
60	3,8	4,0	4,6	–5,4	–6,9	–5,4	–6,6	–6,6	–7,5	–7,8	–10,1	–10,4	–4,5
65	4,8	5,0	6,4	–5,3	–5,0	–4,9	–4,9	–4,6	–6,3	–5,2	–10,2	–9,9	–3,4
70	6,3	6,4	7,8	–4,0	–4,4	–4,0	–2,1	–3,3	–4,9	–4,8	–8,4	–8,3	–2,0
75	8,0	8,4	9,1	–2,7	–1,4	–2,3	–0,2	–2,2	–2,5	–2,9	–6,9	–6,2	–0,2
80	9,2	9,8	10,0	0,4	0,5	0,8	2,8	0,6	–0,1	–0,9	–4,9	–4,5	2,0
85	10,7	11,3	10,5	3,2	3,6	4,7	5,9	3,9	4,1	4,1	0,8	–0,2	5,2
90	11,7	11,9	12,4	7,3	7,2	8,6	7,9	6,8	8,7	9,5	6,2	5,2	8,6
95	12,8	13,4	13,9	12,8	13,4	12,4	12,3	11,6	11,7	12,1	13,1	11,8	12,6
100	14,7	15,5	16,2	13,3	18,5	12,7	14,3	13,3	15,3	12,3	18,6	16,1	15,1
Total	4,6	5,3	5,1	–3,5	–2,7	–3,7	–2,7	–3,6	–5,3	–5,7	–8,5	–8,3	–2,4

Fonte: IBGE/PNADs de 1988 a 2002.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, R. P. de, MENDONÇA, R. S. P. de. *Determinantes da desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 1995 (Texto para Discussão, 377).

BARROS, R. P. de, MENDONÇA, R. S. P. de, SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. 382p.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil — 1988*. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br/legbras/defaultnotfound.htm>.

——————. *Decreto-Lei 7.526, de 7 de maio de 1945*. Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br>.

——————. *Lei 2.613, de 23 de setembro de 1955*. Autoriza a União a criar a fundação denominada Serviço Social Rural. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br>.

——————. *Lei 4.214, de 2 de março de 1963*. Dispõe sobre o estatuto do trabalhador rural. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br>.

——————. *Decreto-Lei 276, de 28 de fevereiro de 1967*. Altera dispositivos da Lei 4.214, de 2 de março de 1963, e dá outras providências. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br>.

——————. *Decreto-Lei 564, de 1 de maio de 1969*. Estende a previdência social a empregados não abrangidos pelo sistema geral da Lei 3.807, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br>.

——————. *Lei Complementar 11, de 25 de maio de 1971*. Institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural e dá outras providências. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br>.

——————. *Lei 6.179, de 11 de dezembro de 1974*. Institui amparo previdenciário para maiores de 70 anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br>.

——————. *Lei 6.195, de 19 de dezembro de 1974*. Atribui ao Funrural a concessão de prestações por acidente de trabalho. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br>.

——————. *Lei 6.260, de 6 de novembro de 1975*. Institui benefícios de previdência e assistência social em favor dos empregadores rurais e seus dependentes e dá outras providências. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br>.

——————. *Lei 8.213, de 24 de julho de 1991*. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Acessível em: <http://wwwt.senado.gov.br>.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD). Rio de Janeiro, 1988 a 2002.

OLIVEIRA. F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., MEDICI. A. C. *The social security reform in Brazil: past, present and future*. Rio de Janeiro, 1993 (Report for OIT).

OLIVEIRA. F. E. B. de, BEVILAQUA. A. S. *A diagnosis of rural social security and assistance*. Rio de Janeiro: IPEA, 1984.

CAPÍTULO 11

BENEFÍCIOS NÃO-CONTRIBUTIVOS E COMBATE À POBREZA DE IDOSOS NO BRASIL*

João Saboia
Do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IE/UFRJ)

1 APRESENTAÇÃO[1]

O objetivo deste texto é mostrar os principais resultados de uma pesquisa de campo realizada em domicílios com idosos onde, além do levantamento das condições de vida de seus moradores, foi verificado o potencial dos benefícios não-contributivos para aumentar o nível de renda e reduzir a pobreza dos idosos e suas famílias.[2]

Foram considerados dois tipos de benefícios. Em primeiro lugar, o benefício de prestação continuada (BPC), que representa o pagamento de um salário mínimo mensal para idosos a partir dos 67 anos que não recebam qualquer outro benefício e que vivam em famílias com renda familiar *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo.[3]

---

* Este artigo é uma versão sintética dos resultados obtidos pelo autor na pesquisa Benefícios Não-Contributivos e Combate à Pobreza de Pessoas Idosas em Países Subdesenvolvidos — um Estudo Comparativo entre o Brasil e a África do Sul. Além do autor deste artigo, participaram da referida pesquisa Armando Barrientos (coordenador), Peter Lloyd-Sherlock, Helena Legido-Quigley, Amanda Heslop, Mônica Ferreira, Valerie Moller e Maria Lucia Werneck Vianna. Luiz Alberto Matzenbacher e Ari Silva foram os responsáveis pela seleção da amostra, organização do banco de dados e processamento dos dados. Sonia Nunes e Roberto de Carvalho coordenaram o trabalho de campo. Isabel Zborowski e Juliana Bastos cuidaram da edição das tabelas. Para mais informações sobre a pesquisa, ver o *site* www.idpm.man.ac.uk/ncpps.

1. Neste livro, encontram-se dois outros trabalhos que analisam os impactos dos benefícios da previdência rural nas condições de vida dos idosos e de suas famílias. Um baseia-se em dados agregados e refere-se ao Brasil como um todo e o outro utiliza-se dos dados de uma pesquisa de campo realizada no Nordeste e na região Sul [ver Beltrão *et alii*, Cap. 10 e Delgado e Cardoso Jr., Cap. 9 neste livro].

2. Vários estudos sobre as condições de vida dos idosos têm sido desenvolvidos no Brasil nos últimos anos. Ver, por exemplo, Camarano (1999 e 2002), IBGE (2002) e Saboia (2003*a*). Para uma discussão sobre o papel dos benefícios não-contributivos no combate à pobreza, ver Schwarzer e Querino (2002). Para uma apresentação dos benefícios não-contributivos existentes no Brasil, ver, ainda, Werneck Vianna (2003).

3. A idade mínima para o recebimento do BPC baixou para 65 anos em 2004, seguindo o Estatuto do Idoso. O BPC beneficia ainda os portadores de deficiência incapacitados para o trabalho que vivem em famílias com rendimento familiar *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo, independentemente de sua idade.

Em segundo lugar, a aposentadoria rural que, embora teoricamente não seja um benefício não-contributivo, na prática a grande maioria dos beneficiários da aposentadoria rural nunca foi contribuinte para a previdência social, tendo direito a um salário mínimo mensal a partir dos 55 anos ou 60 anos, dependendo de serem mulheres ou homens, e terem vivido em regiões rurais em regime de economia familiar.[4]

A seguir, são apresentados os principais resultados da pesquisa de campo mencionada, mostrando o importante papel desses benefícios na melhoria das condições de vida e no combate à pobreza no país, destacando suas conseqüências diretas sobre os idosos.

Na próxima seção, são apresentadas informações sobre o processo de amostragem e a pesquisa de campo. A Seção 3 é dividida em várias subseções, discutindo diversos resultados, tais como as características dos domicílios, a atividade econômica dos moradores, os rendimentos recebidos, a estrutura de gastos, informações econômicas diversas, além de aspectos específicos sobre a qualidade de vida dos idosos que apontam para um aumento de sua independência e *empowerment*. O texto encerra-se com algumas conclusões gerais.[5]

2 PESQUISA DE CAMPO, PROCESSO DE AMOSTRAGEM E LEVANTAMENTO DOS DADOS

Tendo em vista a extensão territorial do Brasil, torna-se extremamente complexa a definição de uma amostra de domicílios representativa do país com um número relativamente pequeno de domicílios. A alternativa utilizada neste trabalho foi procurar ampliar a cobertura regional na medida do possível dentro do orçamento da pesquisa.

Foram selecionadas duas grandes regiões para a pesquisa de campo. Em primeiro lugar, a região metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ), onde se concentra a maior parte da população do Estado do Rio de Janeiro. Foram escolhidos quatro municípios para o levantamento dos dados na RMRJ. Além do próprio município do Rio de Janeiro, foram também selecionados três municípios vizinhos: Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti.[6]

---

4. A previdência rural beneficia também os garimpeiros e pescadores artesanais. Vários estudos têm discutido a previdência rural no Brasil, ver, por exemplo, Delgado e Cardoso Jr. (2000) e Schwarzer (2000).

5. Os resultados completos da pesquisa de campo feita no Brasil estão apresentados em Saboia (2003*b*), podendo ainda ser obtidos no *site* www.ie.ufrj.br/aparte. Para uma análise comparativa dos resultados do Brasil e da África do Sul, ver HelpAge/IDPM (2003).

6. Segundo o Censo Demográfico de 2000, a população do Estado do Rio de Janeiro atingia 14.391.282 naquele ano. O município do Rio de Janeiro era o mais populoso, com 5.857.904 habitantes. A população dos demais municípios escolhidos era de 920.599 em Nova Iguaçu, 775.456 em Duque de Caxias e 449.476 em São João de Meriti. Os quatro municípios representavam 56% da população total do Estado do Rio de Janeiro.

Para representar a população idosa das regiões mais pobres do país, foi escolhido um estado da região Nordeste. Foram consideradas inicialmente três possibilidades para a seleção do estado a ser pesquisado — Bahia, Pernambuco e Ceará —, que correspondem aos de maior população na região Nordeste. Pela maior proximidade do Rio de Janeiro, o que facilitaria o levantamento dos dados, foi escolhido o Estado da Bahia. Dado o interesse em cobrir também a população rural, foi escolhido entre os grandes municípios da Bahia, aquele com maior população rural — Ilhéus.[7]

Foi definida como meta uma amostra com cerca de mil domicílios com pelo menos uma pessoa com 60 anos ou mais em cada domicílio. Com o objetivo de diversificar a população levantada, a amostra foi dividida em quatro grupos, cada um com cerca de 1/4 da amostra. Assim, o Estado do Rio de Janeiro ficou com metade da amostra, sendo 1/4 no próprio município do Rio de Janeiro e o restante distribuído nos três municípios da RMRJ selecionados. A outra metade ficou dividida em duas partes, sendo metade na região urbana e metade na região rural do município de Ilhéus.

Para a seleção dos domicílios dentro de cada município, foram levantados os dados de setores censitários segundo o Censo Demográfico de 2000, escolhendo-se setores com baixa renda e elevada população de idosos, maximizando a probabilidade de se encontrar idosos recebendo benefícios não-contributivos. Os critérios utilizados foram:

a) mínimo de 100 domicílios no setor;

b) mínimo de 60% de domicílios cuja renda do responsável fosse no máximo igual a dois salários mínimos;[8] e

c) mínimo de 8% de idosos (60 anos ou mais) na população.

A partir dos três critérios utilizados, foram escolhidos aleatoriamente os setores a serem pesquisados. Como forma de diversificar a seleção de domicílios, foi fixado um total entre 16 e 20 domicílios com idosos (pelo menos um idoso com 60 anos ou mais) a serem entrevistados em cada setor. Assim, os pesquisadores percorriam os setores escolhidos a partir de seu ponto inicial até que fosse atingida a quota definida. Cabe mencionar que nem sempre a seleção aleatória dos setores pôde ser mantida, especialmente por conta do nível de violência urbana que atingiu o Rio

7. Segundo o Censo Demográfico de 2000, a população de Ilhéus era de 222.127 habitantes, correspondendo ao quarto município mais populoso da Bahia. Sua população rural era de 27% do total. A população de Ilhéus atingia 9% do total do Estado da Bahia.

8. Na área rural de Ilhéus, onde o nível de renda é mais baixo, esse percentual foi elevado para 85%.

de Janeiro por ocasião do levantamento dos dados. As disputas territoriais entre gangues de traficantes impediram o acesso a alguns setores previamente escolhidos, sendo substituídos por outros reservados para eventuais substituições.

Tendo em vista o fato de a maior parte das aposentadorias e benefícios no Brasil ter caráter contributivo, o levantamento aleatório dos domicílios com idosos significava a possibilidade de inclusão de um número muito pequeno de pessoas com benefícios não-contributivos. Assim, a seleção dos domicílios foi complementada a partir dos cadastros de beneficiários não-contributivos nos respectivos municípios. Os cadastros, entretanto, mostraram-se muito imprecisos, incluindo beneficiários falecidos, endereços inexistentes e diversos outros problemas.

Apesar das dificuldades, a existência do cadastro permitiu que se levantasse um número satisfatório de beneficiários não-contributivos. Procurou-se concentrar a seleção de endereços obtidos do cadastro nos setores censitários selecionados previamente ou em outros setores com características próximas. Nos domicílios urbanos da amostra selecionados aleatoriamente, o percentual de idosos recebendo o amparo assistencial ao idoso é da ordem de 5% a 10%. Naqueles selecionados através do cadastro, tal percentual sobe para 70% a 75%.[9] Os cadastros foram usados nas regiões selecionadas de modo que se atingisse em torno de 20% de domicílios com idosos recebendo benefícios não-contributivos.

A distribuição dos domicílios pesquisados segundo a região e a forma de coleta está apresentada na Tabela 1. Conforme pode ser verificado, foram levantados 505 domicílios no Rio de Janeiro e 501 em Ilhéus (269 urbanos e 232 rurais). Cerca de 10% da amostra de domicílios foram obtidos a partir dos cadastros de beneficiários não-contributivos. Como grande parte dos idosos rurais são

TABELA 1
AMOSTRA DE DOMICÍLIOS

	Município do Rio de Janeiro	Região Metropolitana do Rio de Janeiro*	Município de Ilhéus (urbano)	Município de Ilhéus (rural)	Total
Cadastro	41	47	13	0	101
Não-cadastro	209	208	256	232	905
Total	250	255	269	232	1.006

[a] Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti.

9. Mesmo nos domicílios do cadastro, há idosos que não recebem o beneficio não-contributivo pelas mais diversas razões, inclusive por não terem atingido a idade mínima de 67 anos.

beneficiários da aposentadoria rural por idade, não houve necessidade de utilização dos cadastros na região rural de Ilhéus.

As informações foram levantadas a partir de um questionário contendo as seguintes informações: características dos domicílios, dos moradores e dos trabalhadores; nível de rendimentos; outras informações econômicas dos domicílios; estrutura de gastos; informações sobre saúde, doenças e óbitos; qualidade de vida; e informações detalhadas sobre a população idosa e os benefícios recebidos.[10] Tendo em vista a limitação de espaço deste texto, apenas as informações consideradas mais importantes são apresentadas a seguir.

3 PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

3.1 Características dos Domicílios

Foram levantados 3.253 moradores nos 1.006 domicílios, correspondendo a 3,2 moradores por domicílio. Em 22,3% dos domicílios, há um idoso morando sozinho. Pouco menos da metade dos domicílios possui uma ou duas pessoas. Há, entretanto, muitos domicílios com um grande número de moradores. Em cerca de 15% há seis pessoas ou mais e em 5%, oito pessoas ou mais (Tabela 2).

Dois terços dos domicílios possuem apenas um idoso. Pouco menos de 1/3 tem dois idosos. Foram encontrados três idosos em apenas 17 domicílios. Em 375 domicílios há apenas pessoas idosas (Tabela 3).

Os domicílios são tipicamente de alvenaria com revestimento (86,1%), com cobertura de telha de cerâmica (36,1%), de amianto (37,8%) ou laje de concreto (25,8%). Os domicílios mais precários em alvenaria sem revestimento (5,3%) e taipa sem revestimento (4,3%) são menos comuns. Nesse último caso, são encontrados apenas na Bahia, especialmente na região rural, onde representam 15% dos domicílios. Oitenta por cento dos domicílios possuem de três a cinco cômodos.[11] Assim, a densidade média atinge 0,8 morador por cômodo.

Noventa por cento dos domicílios são próprios. Os restantes dividem-se igualmente entre domicílios alugados e cedidos. O fato de a grande maioria dos domicílios ser considerada própria não significa que sua situação de posse esteja

10. Para tornar os estudos feitos no Brasil e na África do Sul comparáveis, a estrutura dos dois questionários é a mesma, sendo incluídas apenas pequenas modificações quando necessárias.

11. São considerados como cômodos salas, quartos e cozinhas.

TABELA 2
NÚMERO DE PESSOAS POR DOMICÍLIO

Número de pessoas	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1	224	22,3	128	25,3	96	19,2	176	22,7	48	20,7
2	267	26,5	159	31,5	108	21,6	220	28,4	47	20,3
3	159	15,8	78	15,4	81	16,2	124	16,0	35	15,1
4	121	12,0	57	11,3	64	12,8	91	11,8	30	12,9
5	90	8,9	36	7,1	54	10,8	73	9,4	17	7,3
6/7	94	9,3	31	6,1	63	12,6	58	7,5	36	15,5
8 e mais	51	5,1	16	3,2	35	7,0	32	4,1	19	8,2
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

TABELA 3
NÚMERO DE IDOSOS POR DOMICÍLIO

Número de idosos	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1	675	67,1	328	65,0	347	69,3	522	67,4	153	65,9
2	314	31,2	170	33,7	144	28,7	239	30,9	75	32,3
3	17	1,7	7	1,4	10	2,0	13	1,7	4	1,7
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

regularizada, na medida em que a questão fundiária no país é bastante complexa, tanto nas regiões urbanas quanto nas rurais.

O acesso à água potável é relativamente favorável. Mais de 3/4 dos domicílios recebem água diretamente da rede geral no interior do domicílio. Há ainda 3,7% com acesso à rede geral no terreno do domicílio. Entre as demais alternativas, foram encontrados 6,5% com poço no próprio terreno, 4,1% que utilizam água de rio e 2,9% água de represa. As outras formas de acesso à água são relativamente raras. Cabe mencionar que a situação encontrada no Rio de Janeiro é bem mais favorável do que na Bahia, chegando a 94,1% os domicílios com rede geral no interior do domicílio. Conforme era esperado, a pior situação ocorre nas regiões rurais da Bahia (Tabela 4).

Poucos domicílios não têm banheiro próprio. Noventa e dois por cento possuem banheiro privativo, sendo muito rara a utilização de banheiro coletivo. Apenas 7,3% dos domicílios não possuem banheiro, quase todos localizados na Bahia, especialmente nas regiões rurais, onde representam quase 1/4 dos domicílios.

Mais da metade dos domicílios pesquisados está ligada à rede coletora geral, chegando a quase 80% no Rio de Janeiro. Entre as demais alternativas, pode-se mencionar a fossa séptica ligada à rede coletora, 8,8%, a fossa séptica não-ligada à rede, 11,7%, a fossa rudimentar, 7,8%, a vala, 4,9%, e o escoamento através de rio/lago/mar, 5,8% (Tabela 5).

Menos de 3% dos domicílios pesquisados não possuem acesso à eletricidade. A posse de alguns bens duráveis está bastante disseminada. Fogão a gás ou elétrico (95,1%), refrigerador/*freezer* (84,8%), televisor (88,3%) e rádio ou aparelho de som (87,9%) são os principais equipamentos. A máquina de costura é encontrada em 28,0% dos domicílios, a bicicleta em 19,8%, o fogão a lenha ou a carvão em 19,2%. Dentre os bens relativamente raros podem-se mencionar o automóvel em 5,0% e a motocicleta em 0,6%[12] (Tabela 6).

12. Nas cidades, utiliza-se basicamente fogão a gás. Nas regiões rurais, ainda é comum o uso do fogão a lenha.

TABELA 4
FONTE DE ÁGUA DO DOMICÍLIO

Fonte	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Rede no interior	767	76,2	475	94,1	292	58,3	698	90,2	69	29,7
Rede no terreno	37	3,7	4	0,8	33	6,6	13	1,7	24	10,3
Bica	6	0,6	0	0,0	6	1,2	1	0,1	5	2,2
Pipa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Poço no terreno	65	6,5	26	5,1	39	7,8	35	4,5	30	12,9
Poço comunitário	19	1,9	0	0,0	19	3,8	2	0,3	17	7,3
Água de chuva	8	0,8	0	0,0	8	1,6	0	0,0	8	3,4
Água de rio	41	4,1	0	0,0	41	8,2	4	0,5	37	15,9
Água de represa	29	2,9	0	0,0	29	5,8	15	1,9	14	6,0
Nascente no terreno	4	0,4	0	0,0	4	0,8	0	0,0	4	1,7
Nascente comunitária	18	1,8	0	0,0	18	3,6	2	0,3	16	6,9
Outra	12	1,2	0	0,0	12	2,4	4	0,5	8	3,4
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

TABELA 5
TIPO DE ESCOAMENTO DO DOMICÍLIO

Tipo	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Rede coletora	540	53,7	401	79,4	139	27,7	524	67,7	16	6,9
Fossa/rede coletora	89	8,8	69	13,7	20	4,0	87	11,2	2	0,9
Fossa séptica	118	11,7	5	1,0	113	22,6	61	7,9	57	24,6
Fossa rudimentar	78	7,8	0	0,0	78	15,6	24	3,1	54	23,3
Vala	49	4,9	23	4,6	26	5,2	37	4,8	12	5,2
Rio/lago/mar	58	5,8	4	0,8	54	10,8	23	3,0	35	15,1
Outra	1	0,1	1	0,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Não tem banheiro	73	7,3	2	0,4	71	14,2	17	2,2	56	24,1
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

TABELA 6
POSSE DE BENS DURÁVEIS E ACESSO A SERVIÇOS PÚBLICOS POR DOMICÍLIO

Presença	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Telefone	367	36,5	247	48,9	120	24,0	339	43,8	28	12,1
Fogão a gás	957	95,1	500	99,0	457	91,2	755	97,5	202	87,1
Fogão a lenha	193	19,2	6	1,2	187	37,3	58	7,5	135	58,2
Eletricidade	979	97,3	504	99,8	475	94,8	769	99,4	210	90,5
Televisão	888	88,3	488	96,6	400	79,8	715	92,4	173	74,6
Rádio	884	87,9	470	93,1	414	82,6	695	89,8	189	81,5
Refrigerador	853	84,8	477	94,5	376	75,0	693	89,5	160	69,0
Máquina de costura	282	28,0	169	33,5	113	22,6	235	30,4	47	20,3
Carro	50	5,0	37	7,3	13	2,6	49	6,3	1	0,4
Bicicleta	199	19,8	110	21,8	89	17,8	161	20,8	38	16,4
Moto	6	0,6	2	0,4	4	0,8	6	0,8	0	0,0
Total	1.006		505		501		774		232	

3.2 Características dos Moradores

Conforme mencionado, foram levantados 3.253 moradores nos 1.006 domicílios pesquisados. Algumas famílias possuem estruturas complexas, incluindo os mais variados tipos de parentes. Além dos responsáveis, que representam 30,9% dos moradores, três outros grupos se destacam — cônjuges (12,4%), filhos(as) (27,2%) e netos(as) (19,8%) —, totalizando mais de 90% dos moradores. Dentre os demais parentes podem ainda ser mencionados pais/mães (1,7%), genros/noras (2,2%), irmãos(ãs) (1,4%) e sobrinhos(as) (1,8%), conforme indicado na Tabela 7.

Refletindo a maior longevidade das mulheres, a maioria dos moradores (54,4%) é do sexo feminino. A idade média da população pesquisada atinge 43,2 anos. Os idosos (55 anos ou mais) representam 41,6% dos moradores, percentual superior ao de adultos (39,2%). Os jovens até 15 anos correspondem aos 19,2% restantes. Cerca de 20% dos moradores possuem 70 anos ou mais e 5%, 80 anos ou mais. Apenas 1% possui 90 anos ou mais (Tabelas 8 e 9).

Os moradores são, em sua maioria, pardos (44,2%) ou pretos (25,3%). Os brancos não passam de 30,2%. Os moradores se dividem entre solteiros (49,6%), casados oficialmente (20,1%), casados por união consensual (10,4%) e viúvos (15,3%). Separados e divorciados não chegam a 5%.

Dada a pequena participação de jovens entre os moradores, apenas 21,1% freqüentam a escola. A freqüência escolar pode ser mais bem examinada por faixa etária dos moradores. Na faixa correspondente ao maternal, a freqüência é ainda muito baixa. Apenas 7,1% das crianças até três anos freqüentam a escola. A pré-escola atinge pouco mais da metade das crianças de quatro a seis anos. A freqüência escolar é bastante elevada dos sete aos 15 anos, atingindo 95,8%. A partir daí a freqüência escolar cai para 68,1% na faixa 16-18 anos e 32,1% na faixa 19-24 anos, sendo pouco comum a partir dos 25 anos. Não foi encontrado nenhum idoso freqüentando a escola (Tabela 10).

Apesar da alta freqüência escolar dos jovens, o nível de escolaridade da população pesquisada é bem baixo, refletindo as políticas educacionais do passado e a grande incidência de idosos. Mais da quinta parte não sabe ler ou escrever. Outros 8,6% não possuem qualquer instrução. Apenas 1,6% possui o curso superior completo ou incompleto, 6,1% o secundário completo, 5,3% o secundário incompleto e 6,5% a oitava série do curso fundamental (Tabela 11).

TABELA 7
RELAÇÃO DO MORADOR COM O RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO

Relação com o responsável	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Responsável	1.006	30,9	505	35,3	501	27,5	774	32,4	232	26,9
Cônjuge	402	12,4	197	13,8	205	11,2	294	12,3	108	12,5
Filho/a	886	27,2	348	24,4	538	29,5	623	26,0	263	30,5
Pai/mãe	56	1,7	38	2,7	18	1,0	47	2,0	9	1,0
Neto/bisneto	643	19,8	232	16,2	411	22,5	450	18,8	193	22,4
Avô/ó	3	0,1	1	0,1	2	0,1	3	0,1	0	0,0
Sogro/a	23	0,7	11	0,8	12	0,7	19	0,8	4	0,5
Genro/nora	73	2,2	32	2,2	41	2,2	54	2,3	19	2,2
Cunhado/a	7	0,2	4	0,3	3	0,2	6	0,3	1	0,1
Tio/a	2	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,0	1	0,1
Irmão/a	45	1,4	23	1,6	22	1,2	37	1,5	8	0,9
Sobrinho/a	60	1,8	25	1,7	35	1,9	47	2,0	13	1,5
Primo/a	11	0,3	3	0,2	8	0,4	11	0,5	0	0,0
Empregada doméstica	2	0,1	0	0,0	2	0,1	2	0,1	0	0,0
Outro parente	17	0,5	6	0,4	11	0,6	10	0,4	7	0,8
Outra pessoa	17	0,5	3	0,2	14	0,8	14	0,6	3	0,3
Total	3.253	100,0	1.429	100,0	1.824	100,0	2.392	100,0	861	100,0

TABELA 8
IDADE DO MORADOR

Idade	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
0-4 anos	146	4,5	54	3,8	92	5,0	105	4,4	41	4,8
5-9	203	6,2	86	6,0	117	6,4	145	6,1	58	6,7
10-14	230	7,1	73	5,1	157	8,6	144	6,0	86	10,0
15-19	252	7,7	69	4,8	183	10,0	152	6,4	100	11,6
20-29	440	13,5	162	11,3	278	15,2	326	13,6	114	13,2
30-54	628	19,3	296	20,7	332	18,2	481	20,1	147	17,1
55-59	80	2,5	36	2,5	44	2,4	58	2,4	22	2,6
60-64	284	8,7	129	9,0	155	8,5	209	8,7	75	8,7
65-69	327	10,1	176	12,3	151	8,3	256	10,7	71	8,2
70-74	262	8,1	136	9,5	126	6,9	202	8,4	60	7,0
75-79	225	6,9	136	9,5	89	4,9	183	7,7	42	4,9
80-89	145	4,5	67	4,7	78	4,3	107	4,5	38	4,4
90 anos ou mais	31	1,0	9	0,6	22	1,2	24	1,0	7	0,8
Total	3.253	100,0	1.429	100,0	1.824	100,0	2.392	100,0	861	100,0

TABELA 9
GRUPO ETÁRIO DO MORADOR

Grupo	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Jovens (até 15 anos)	624	19,2	224	15,7	400	21,9	421	17,6	203	23,6
Adultos (16 a 54 anos)	1.275	39,2	516	36,1	759	41,6	932	39,0	343	39,8
Idosos (55 anos ou mais)	1.354	41,6	689	48,2	665	36,5	1.039	43,4	315	36,6
Total	3.253	100,0	1.429	100,0	1.824	100,0	2.392	100,0	861	100,0

TABELA 10
FREQÜÊNCIA ESCOLAR POR FAIXA ETÁRIA
[em %]

Idade	Total	Rio de Janeiro	Ilhéus	Urbana	Rural
0-3 anos	7,1	15,0	2,7	21,5	0,0
4-6	52,4	66,7	40,0	75,9	34,6
7-15	95,8	94,9	96,3	92,5	97,2
16-18	68,1	68,9	67,8	62,8	65,2
19-24	32,1	22,2	37,8	28,1	33,3
25-54	3,2	3,0	3,3	2,3	2,1
55 anos ou mais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	21,1	16,3	24,8	19,5	25,8

TABELA 11
ESCOLARIDADE DO MORADOR

Escolaridade	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Não lê/escreve	713	21,9	204	14,3	509	27,9	445	18,6	268	31,1
Sem Instrução	279	8,6	120	8,4	159	8,7	197	8,2	82	9,5
Creche/pré-escola	85	2,6	50	3,5	35	1,9	71	3,0	14	1,6
1ª/2ª série	391	12,0	176	12,3	215	11,8	281	11,7	110	12,8
3ª/4ª série	670	20,6	335	23,4	335	18,4	507	21,2	163	18,9
5ª/7ª série	476	14,6	196	13,7	280	15,4	345	14,4	131	15,2
8ª série	213	6,5	114	8,0	99	5,4	180	7,5	33	3,8
2º Grau incompleto	172	5,3	92	6,4	80	4,4	139	5,8	33	3,8
2º Grau completo	197	6,1	114	8,0	83	4,6	175	7,3	22	2,6
Superior incompleto	30	0,9	17	1,2	13	0,7	29	1,2	1	0,1
Superior completo	23	0,7	8	0,6	15	0,8	20	0,8	3	0,3
Outra	4	0,1	3	0,2	1	0,1	3	0,1	1	0,1
Total	3.253	100,0	1.429	100,0	1.824	100,0	2.392	100,0	861	100,0

3.3 Atividade Econômica dos Moradores

Pouco mais da quarta parte dos moradores com dez anos ou mais trabalhou nos 30 dias anteriores à pesquisa — 23,4% regularmente e 3,5% eventualmente. Conforme esperado, a taxa de atividade é mais elevada na faixa 25/54 anos, atingindo 53,8% das pessoas. Ela é também relativamente elevada (39,5%) entre os jovens adultos de 19 a 24 anos. A taxa de atividade dos idosos (14,7%) é equivalente à encontrada para os jovens na faixa 16/18 anos. Refletindo a alta freqüência escolar das crianças de 10 a 15 anos, a sua taxa de atividade é quase nula (Tabela 12).

Entre as razões alegadas para não trabalhar foram mencionados o fato de o morador ser aposentado (45,4%), estudante (20,3%), cuidar de crianças e parentes (11,5%) e estar doente ou incapacitado (5,3%). Por outro lado, 10% das pessoas que não trabalharam afirmaram estar procurando trabalho (Tabela 13).

Das pessoas que trabalharam no último ano, 70% disseram que estiveram ativas durante os 12 meses. A maior parte utiliza jornadas próximas às 44 horas semanais regulamentares. Assim, 45,5% trabalham de 40 a 44 horas e 17,8% de 45 a 49 horas. Pouco mais de 20% trabalham em tempo parcial (até 39 horas), enquanto 13,9% possuem jornadas semanais de 50 horas ou mais. Foram encontrados, inclusive, 3,7% com jornadas semanais de 70 horas ou mais.

Dos 781 moradores com dez anos ou mais que trabalharam nos 30 dias anteriores à pesquisa, apenas 30,2% eram empregados com carteira assinada, 29,1% eram empregados, mas não possuíam a carteira assinada, enquanto 25,6% eram trabalhadores autônomos. Havia ainda 12,1% de trabalhadores domésticos, a grande maioria sem carteira assinada. Os empregadores não passavam de 1,7% (Tabela 14).

O local de trabalho varia bastante. A maior parte trabalha em empresa/fábrica (43,0%), representando, *grosso modo*, o setor formal da economia. Os locais típicos

TABELA 12
TRABALHO POR FAIXA ETÁRIA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS
[em %]

Idade	Total	Rio de Janeiro	Ilhéus	Urbana	Rural
10-15 anos	0,7	0,0	1,0	0,6	1,0
16-18	14,7	13,3	15,3	14,4	15,2
19-24	39,5	50,9	33,0	40,6	36,9
25-54	53,8	60,1	48,8	57,0	43,5
55 anos ou mais	14,7	15,7	13,7	15,5	12,1
Total	26,9	30,0	24,4	28,8	21,5

TABELA 13
MOTIVO PARA NÃO TRABALHAR

Motivo	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Cuida de alguém	244	11,5	83	9,2	161	13,2	162	10,6	82	13,7
Doença	113	5,3	68	7,5	45	3,7	97	6,4	16	2,7
Estudante	432	20,3	115	12,7	317	26,0	270	17,7	162	27,1
Aposentado	963	45,4	471	52,2	492	40,3	718	47,1	245	41,0
Trabalho ocasional	18	0,8	0	0,0	18	1,5	12	0,8	6	1,0
Procura emprego	212	10,0	103	11,4	109	8,9	169	11,1	43	7,2
Não precisa	10	0,5	6	0,7	4	0,3	8	0,5	2	0,3
Outro	131	6,2	56	6,2	75	6,1	89	5,8	42	7,0
Total	2.123	100,0	902	100,0	1.221	100,0	1.525	100,0	598	100,0

TABELA 14
POSIÇÃO DA OCUPAÇÃO POR PESSOA

Posição	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Empregado com carteira	236	30,2	133	34,4	103	26,1	199	32,3	37	22,6
Empregado sem carteira	227	29,1	80	20,7	147	37,3	154	25,0	73	44,5
Trabalhador doméstico com carteira	10	1,3	7	1,8	3	0,8	9	1,5	1	0,6
Trabalhador doméstico sem carteira	84	10,8	54	14,0	30	7,6	71	11,5	13	7,9
Conta-própria	200	25,6	106	27,4	94	23,9	167	27,1	33	20,1
Trabalhador de cooperativa	6	0,8	4	1,0	2	0,5	4	0,6	2	1,2
Empregador	13	1,7	1	0,3	12	3,0	9	1,5	4	2,4
Trabalhador não-remunerado familiar	3	0,4	1	0,3	2	0,5	2	0,3	1	0,6
Outro trabalhador não-remunerado	1	0,1	0	0,0	1	0,3	1	0,2	0	0,0
Outra posição	1	0,1	1	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Total	781	100,0	387	100,0	394	100,0	617	100,0	164	100,0

de atividades informais são a casa do empregador (19,1%), a própria casa com ou sem local fixo (11,9%), a rua (7,2%) e a fazenda (12,8%).

Entre as principais ocupações encontradas também há grande variedade. No comércio há vendedores (donos, empregados e ambulantes) totalizando cerca de 15% do montante das ocupações. Na agricultura, os agricultores (autônomos) e trabalhadores agrícolas são responsáveis por cerca de 12% do total. As empregadas domésticas e babás atingem aproximadamente 12%. Na área da construção civil podem ser mencionados os pedreiros (3,1%) e serventes de obra (2,7%). Várias ocupações típicas da prestação de serviços podem ser destacadas — cozinheiros, seguranças, motoristas etc. Na área industrial, mas provavelmente trabalhando em casa para pessoas físicas, há 3,5% de costureiras. Há ainda 4,6% de funcionários públicos (Tabela 15).

Os ramos de atividade refletem as ocupações dos trabalhadores. O serviço doméstico incorpora 13,4% das pessoas. O cultivo de cacau, produto tradicional da Bahia, ocupa 9,2%. Atividades comerciais como o comércio ambulante, de roupas, supermercados, armazéns e bares respondem por 17,5%. A construção civil, por 6,9%. Educação e saúde, por 6,0%. Outros serviços como transporte, vigilância, reparação e limpeza também fornecem parcela considerável dos empregos. A indústria de transformação está representada principalmente por segmentos tradicionais como confecção de vestuário e preparação de produtos alimentares.

3.4 Rendimentos dos Moradores e dos Domicílios

Dos 3.253 moradores levantados na pesquisa, 776 recebem rendimentos do trabalho, 742 possuem aposentadorias contributivas oficiais, 198 recebem o amparo assistencial ao idoso (não-contributivo), 78 são beneficiários da aposentadoria rural por idade (não-contributiva), 44 do amparo ao deficiente (não-contributivo), 49 têm algum tipo de bolsa-escola para filhos/netos (não-contributivo), 11 recebem outros benefícios não-contributivos, dez são beneficiários do seguro-desemprego (contributivo) e seis recebem aposentadorias de fundos privados.

A principal fonte de renda dos moradores pesquisados é a aposentadoria contributiva oficial. Ao considerar-se os rendimentos das pessoas obtidos do trabalho ou dos diversos benefícios existentes (excluindo-se apenas os rendimentos coletivos dos domicílios, como juros de poupanças, aluguéis, dinheiro e mercadorias provenientes de não-moradores etc.), verifica-se que 44,6% do rendimento total das pessoas são obtidos de aposentadorias contributivas oficiais e 42,0% do trabalho. Os demais mecanismos assistenciais possuem importância bem menor. O amparo assistencial ao idoso representa 7,4% do total, seguindo-se a aposentadoria rural

TABELA 15
OCUPAÇÃO POR PESSOA

Ocupação	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Vendas – dono/autônomo	28	3,6	25	6,5	3	0,8	27	4,4	1	0,6
Arrumador mercado	15	1,9	7	1,8	8	2,0	12	1,9	3	1,8
Auxiliar de escritório	10	1,3	4	1,0	6	1,5	9	1,5	1	0,6
Ensino 1º grau	15	1,9	8	2,1	7	1,8	13	2,1	2	1,2
Agricultor	73	9,3	0	0,0	73	18,5	23	3,7	50	30,5
Trabalhador agrícola	19	2,4	1	0,3	18	4,6	2	0,3	17	10,4
Pescador	10	1,3	0	0,0	10	2,5	2	0,3	8	4,9
Costura/confecção	27	3,5	20	5,2	7	1,8	27	4,4	0	0,0
Pedreiro	24	3,1	9	2,3	15	3,8	20	3,2	4	2,4
Servente de obra	21	2,7	11	2,8	10	2,5	17	2,8	4	2,4
Vendedor empregado	61	7,8	31	8,0	30	7,6	56	9,1	5	3,0
Vendedor ambulante	28	3,6	18	4,7	10	2,5	24	3,9	4	2,4
Motorista	18	2,3	11	2,8	7	1,8	17	2,8	1	0,6
Babá	10	1,3	8	2,1	2	0,5	9	1,5	1	0,6

(continua)

(continuação)

Ocupação	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Empregada doméstica	80	10,2	55	14,2	25	6,3	68	11,0	12	7,3
Preparador de alimentos/cozinheiro	34	4,4	13	3,4	21	5,3	27	4,4	7	4,3
Lavador/passador	13	1,7	4	1,0	9	2,3	10	1,6	3	1,8
Segurança/vigilante	18	2,3	10	2,6	8	2,0	18	2,9	0	0,0
Funcionário público	36	4,6	21	5,4	15	3,8	29	4,7	7	4,3
Não identificado	24	3,1	2	0,5	22	5,6	20	3,2	4	2,4
Outras	217	27,8	129	33,3	88	22,3	187	30,3	30	18,3
Total	781	100,0	387	100,0	394	100,0	617	100,0	164	100,0

por idade, 2,9% e o amparo ao deficiente, 1,6% (Tabela 16). Cabe, entretanto, mencionar que a importância dos benefícios não-contributivos aos idosos poderia ser considerada ainda menor tendo em vista o viés incorporado na seleção da amostra da pesquisa para captar tais benefícios.

Curiosamente, o valor médio das aposentadorias e pensões oficiais (R$ 321) supera o rendimento médio do trabalho (R$ 289). Tal resultado, entretanto, não deve causar surpresa, na medida em que os rendimentos do trabalho tendem a crescer com a idade, elevando o valor das aposentadorias e pensões contributivas, cujo cálculo baseia-se no salário de contribuição no final da vida ativa dos trabalhadores. Mesmo com uma eventual queda do valor real das aposentadorias e pensões sob o efeito da inflação, a renda média recebida pelos idosos beneficiários do instituto oficial (INSS) ainda se situa um pouco acima da obtida pelos trabalhadores ativos levantados na pesquisa.[13]

Um fato a ser destacado é que o valor das aposentadorias e pensões não contributivas (R$ 200) representa 62% do valor médio recebido pelos pensionistas e aposentados oficiais (R$ 321). Além disso, o valor de mais de 2/3 das aposentadorias e pensões contributivas corresponde a R$ 200. Trata-se, portanto, de uma situação relativamente favorável para os beneficiários não-contributivos se levarmos

TABELA 16
DISTRIBUIÇÃO DOS RENDIMENTOS POR TIPO

Tipo de rendimento	Total		
	Absoluto	Rendimento médio (em reais)	%
Rendimento do trabalho	776	289	42,0
Amparo ao idoso	198	200	7,4
Amparo ao deficiente	44	200	1,6
Aposentadoria rural	78	200	2,9
Auxílio às crianças	49	36	0,3
Outro benefício	11	116	0,2
Aposentadoria oficial (inss)	742	321	44,6
Aposentadoria privada	6	387	0,4
Seguro-desemprego	10	253	0,5
Total	1.914	279	100,0

13. O valor do salário mínimo por ocasião da pesquisa era R$ 200.

em consideração que os demais contribuíram efetivamente ao longo de sua vida para receberem o benefício.

Entre os outros benefícios recebidos, o maior valor médio cabe às aposentadorias privadas (R$ 387). O seguro-desemprego atinge a média de R$ 253. O valor médio da bolsa-escola não passa de R$ 36, enquanto os demais benefícios informados atingem a média de R$ 116.

O rendimento total levantado nos 1.006 domicílios atingiu R$ 571.810, ou seja, R$ 568, em média, por domicílio. Além dos rendimentos pessoais mencionados (do trabalho e benefícios diversos), três tipos de rendimentos destacam-se entre os levantados para o conjunto de moradores do domicílio — rendimentos de aluguéis, dinheiro recebido de não-moradores e mercadorias provenientes de pessoas de fora do domicílio. O valor médio desses rendimentos por domicílio atinge R$ 17,47 para o dinheiro recebido de não-moradores, R$ 8,36 para as mercadorias recebidas e R$ 7,97 para os aluguéis. Os demais têm pequena importância. No total, tais itens representam R$ 36,88 em média por domicílio, ou seja, apenas 6,5% dos rendimentos dos domicílios pesquisados.

A distribuição dos rendimentos totais dos domicílios é bastante desigual. Por sinal, a desigualdade de rendimentos é uma marca registrada do país, inclusive no interior da população relativamente pobre. Como a maior parte da população levantada recebe pelo menos um benefício no valor de R$ 200, menos de 2% dos domicílios pesquisados possuem rendimentos inferiores a esse valor. Por outro lado, 19,9% dos domicílios recebem exatamente R$ 200 mensais. Recebendo de R$ 201 a R$ 400, observam-se 31,5% dos domicílios, seguindo-se 24,0% na faixa de R$ 401 a R$ 700 e 10,1% na faixa de R$ 701 a R$1.000. Há ainda 11,3% na faixa de R$ 1.001 a R$ 2.500 e 1,3% acima deste valor. Os rendimentos domiciliares são nitidamente superiores no Rio de Janeiro do que em Ilhéus e nas regiões urbanas do que nas rurais (Tabela 17).

Os benefícios (contributivos ou não) possuem um papel muito importante na manutenção dos rendimentos nos domicílios só com idosos, inclusive naqueles com idosos morando sozinhos. No primeiro caso, 35,2% dos domicílios possuem rendimento exatamente igual ao valor básico dos benefícios (R$ 200) e 72,5%, na faixa de R$ 200 a R$ 400. No segundo caso, metade dos domicílios possui rendimento de R$ 200.

A distribuição pessoal da renda mostra mais uma vez a importância dos benefícios. Dos 3.253 moradores pesquisados, 45,2% não possuem qualquer rendimento e 27,7% recebem R$ 200. Embora parcela destes represente trabalhadores ativos que recebem um salário mínimo mensal, a maioria é composta por

TABELA 17
DISTRIBUIÇÃO DO RENDIMENTO TOTAL DOS DOMICÍLIOS

Rendimento (em R$)	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1-50	2	0,2	1	0,2	1	0,2	2	0,3	0	0,0
51-100	6	0,6	0	0,0	6	1,2	2	0,3	4	1,7
101-199	11	1,1	5	1,0	6	1,2	7	0,9	4	1,7
200	200	19,9	74	14,7	126	25,1	133	17,2	67	28,9
201-300	141	14,0	76	15,0	65	13,0	109	14,1	32	13,8
301-400	176	17,5	71	14,1	105	21,0	126	16,3	50	21,6
401-500	109	10,8	63	12,5	46	9,2	92	11,9	17	7,3
501-700	133	13,2	72	14,3	61	12,2	105	13,6	28	12,1
701-1.000	102	10,1	56	11,1	46	9,2	80	10,3	22	9,5
1.001-1.500	76	7,6	51	10,1	25	5,0	71	9,2	5	2,2
1.501-2.500	37	3,7	30	5,9	7	1,4	34	4,4	3	1,3
2.501 ou mais	13	1,3	6	1,2	7	1,4	13	1,7	0	0,0
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

idosos recebendo o benefício básico. Há ainda 13,2% que recebem na faixa de R$ 201 a R$ 400 (Tabela 18).

O rendimento *per capita* da população pesquisada atingiu R$ 176, ou seja, 88% do valor do benefício-padrão (contributivo ou não). Oitenta por cento dos domicílios possuem renda *per capita* entre R$ 50 e R$ 300, sendo 18,5% exatamente igual a R$ 200. Se considerarmos o corte usualmente utilizado no Brasil de 1/2 salário mínimo *per capita* como linha de pobreza, verifica-se que 26,5% dos domicílios poderiam ser considerados pobres. O nível de pobreza, entretanto, varia muito entre as regiões pesquisadas. No Rio de Janeiro não passa de 13,3%, ao passo que em lhéus chega a 39,7%. Por outro lado, nas regiões urbanas limita-se a 21,2%, enquanto nas rurais chega a 43,9%[14] (Tabela 19).

A comparação entre os rendimentos médios de alguns grupos de domicílios acrescenta informações importantes. Se, por um lado, a renda média dos 1.006 domicílios atinge R$ 568, quando considerados os 375 domicílios onde há apenas pessoas idosas, a média cai para R$ 388 e naqueles 224 domicílios onde o idoso vive sozinho, a renda média não passa de R$ 301. Os 657 domicílios onde há moradores recebendo benefícios contributivos possuem rendimentos relativamente elevados, atingindo o valor médio de R$ 652. Conforme era de se esperar, os rendimentos médios são mais baixos nos domicílios onde há pensões não-contributivas, não passando de R$ 485. Se o benefício não-contributivo fosse eliminado, a renda média dessas famílias cairia para apenas R$ 267, o que confirma a importância desses benefícios para os idosos[15] (Tabela 20).

Tendo em vista que o número de pessoas varia muito entre os domicílios, a comparação dos rendimentos fica mais interessante quando considerados os valores *per capita*. Os rendimentos *per capita* nos domicílios onde há apenas pessoas idosas são bem mais elevados do que no conjunto de domicílios pesquisados — R$ 301 quando o idoso vive só e R$ 273 quando há dois ou mais idosos. Por outro lado, o rendimento *per capita* é mais elevado nos domicílios onde há pessoas recebendo benefícios contributivos (R$ 197) do que naqueles onde há pessoas recebendo benefícios não-contributivos (R$ 158). Os rendimentos médios *per capita* variam pouco nos domicílios segundo os diferentes tipos de benefícios não-contributivos — R$ 163 onde há amparo ao idoso, R$ 159 onde há amparo ao deficiente e R$ 144 no caso de existência de aposentadoria rural.

---

14. Se for utilizado o valor do benefício básico (R$ 200) como o mínimo para uma pessoa não ser considerada pobre, o percentual de pobres na amostra pesquisada irá subir para 47,2%.

15. A queda é superior a R$ 200 devido à existência de alguns domicílios onde há mais de uma pessoa recebendo benefícios não-contributivos. Constatação bastante semelhante foi encontrada nos capítulos 10, de Beltrão *et alii*, e 9, de Delgado e Cardoso Jr., ambos neste livro.

TABELA 18
DISTRIBUIÇÃO DO RENDIMENTO TOTAL DAS PESSOAS

Rendimento (em R$)	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
0	1.471	45,2	555	38,8	916	50,2	1.026	42,9	445	51,7
1-50	55	1,7	9	0,6	46	2,5	35	1,5	20	2,3
51-100	66	2,0	16	1,1	50	2,7	42	1,8	24	2,8
101-199	72	2,2	22	1,5	50	2,7	39	1,6	33	3,8
200	902	27,7	383	26,8	519	28,5	641	26,8	261	30,3
201-300	250	7,7	155	10,8	95	5,2	212	8,9	38	4,4
301-400	178	5,5	112	7,8	66	3,6	160	6,7	18	2,1
401-500	84	2,6	56	3,9	28	1,5	73	3,1	11	1,3
501-700	69	2,1	48	3,4	21	1,2	65	2,7	4	0,5
701-1.000	69	2,1	51	3,6	18	1,0	66	2,8	3	0,3
1.001-1.500	24	0,7	14	1,0	10	0,5	21	0,9	3	0,3
1.501-2.500	10	0,3	8	0,6	2	0,1	9	0,4	1	0,1
2.501 ou mais	3	0,1	0	0,0	3	0,2	3	0,1	0	0,0
Total	3.253	100,0	1.429	100,0	1.824	100,0	2.392	100,0	861	100,0

TABELA 19
DISTRIBUIÇÃO DO RENDIMENTO *PER CAPITA* DOS DOMICÍLIOS

Rendimento (em R$)	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1-50	58	5,8	9	1,8	49	9,8	28	3,6	30	12,9
51-100	208	20,7	58	11,5	150	29,9	136	17,6	72	31,0
101-199	208	20,7	101	20,0	107	21,4	158	20,4	50	21,6
200	186	18,5	85	16,8	101	20,2	133	17,2	53	22,8
201-300	203	20,2	148	29,3	55	11,0	185	23,9	18	7,8
301-400	66	6,6	47	9,3	19	3,8	63	8,1	3	1,3
401-500	32	3,2	26	5,1	6	1,2	30	3,9	2	0,9
501-700	24	2,4	17	3,4	7	1,4	23	3,0	1	0,4
701-1.000	15	1,5	12	2,4	3	0,6	14	1,8	1	0,4
1.001-1.500	2	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,1	1	0,4
1.501-2.500	3	0,3	1	0,2	2	0,4	2	0,3	1	0,4
2.501 ou mais	1	0,1	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0	0,0
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

TABELA 20
RENDA MÉDIA E RENDA *PER CAPITA* DOS DOMICÍLIOS
[em %]

Tipo de domicílio	Número de domicílios	Renda média dos domicílios	Número médio de moradores	Renda *per capita* dos domicílios
Todos os domicílios	1.006	568	3,2	176
Apenas com moradores idosos	375	388	1,4	273
Apenas com um morador (idoso)	224	301	1,0	301
Com benefício contributivo	657	653	3,3	197
Com benefício não-contributivo	294	485	3,1	158
Com benefício não-contributivo (exclusive o valor do benefício)	294	267	3,1	87
Com amparo ao idoso	189	464	2,9	163
Com amparo ao idoso (exclusive o valor do benefício)	189	255	2,9	89
Com amparo ao idoso (exclusive todos os benefícios não-contributivos)	189	249	2,9	87
Com amparo ao deficiente	42	574	3,6	159
Com amparo ao deficiente (exclusive o valor do benefício)	42	365	3,6	101
Com amparo ao deficiente (exclusive todos os benefícios não-contributivos)	42	336	3,6	93
Com aposentadoria rural	72	481	3,4	144
Com aposentadoria rural (exclusive o valor do benefício)	72	274	3,4	80
Com aposentadoria rural (exclusive todos os benefícios não-contributivos)	72	252	3,4	74

Quando eliminado o valor do benefício não-contributivo, o rendimento *per capita* dos domicílios contemplados baixa de R$ 158 para R$ 87, mostrando a importância dos benefícios não-contributivos para reduzir o nível de pobreza da população idosa no Brasil. As quedas se repetem ao serem eliminados os diferentes tipos de benefício. No caso do amparo assistencial ao idoso, cai de R$ 163 para R$ 89 ao eliminar o benefício ao idoso e R$ 87 ao serem excluídos os demais benefícios não-contributivos eventualmente recebidos pelo domicílio. No caso da aposentadoria rural, os valores são, respectivamente, R$ 144, R$ 80 e R$ 74.

A importância dos benefícios não-contributivos pode ser ainda verificada por sua participação na renda dos domicílios. Em 55 dos 189 domicílios que recebem o amparo assistencial ao idoso, o benefício representa 100% do rendimento domiciliar. Em 73 domicílios, representa 75% ou mais do rendimento e em 118, 50% ou mais. Ao se considerarem todos os 294 domicílios que recebem algum tipo de benefício não-contributivo, nota-se que em 91 o valor do benefício totaliza 100% da renda domiciliar. Em 116, 75% ou mais e em 184, 50% ou mais. Também no caso dos benefícios contributivos, sua participação é elevada na renda domiciliar (Tabela 21).

Outra informação interessante é o número de benefícios recebidos pelos domicílios pesquisados. A regra geral é o recebimento de apenas um benefício não-contributivo, mas há vários casos de recebimento de mais de um benefício pelos moradores do domicílio. No caso do amparo assistencial ao idoso, nove dos 189 domicílios pesquisados recebem dois benefícios. No amparo ao deficiente, dois dos 42 domicílios beneficiados encontram-se em situação análoga. Na aposentadoria rural, onde as regras para o recebimento são mais generosas, há 72 domicílios beneficiados, sendo que em seis foram encontrados dois benefícios. Ao se considerar o conjunto de benefícios não-contributivos (amparo ao idoso, amparo ao deficiente e aposentadoria rural) foram encontrados 294 domicílios beneficiados, onde 269 recebem um benefício, 24, dois benefícios e um recebe três benefícios.

TABELA 21
IMPORTÂNCIA RELATIVA DO BENEFÍCIO NA RENDA DOS DOMICÍLIOS

Tipo de benefício	100% da renda	75% ou mais da renda	50% ou mais da renda	Total de domicílios
Amparo ao idoso	55	73	118	189
Todos os benefícios não-contributivos	91	116	184	294
Benefício contributivo	208	275	444	657
Todos os benefícios (contributivos ou não)	323	424	632	890

Quando considerados todos os benefícios (contributivos e não-contributivos), é encontrado inclusive um domicílio recebendo quatro benefícios (Tabela 22).

Embora o recebimento múltiplo de benefícios não seja proibido, as regras rigorosas de rendimento familiar *per capita* para se ter direito ao BPC (amparo ao idoso e ao deficiente) sugerem que alguns domicílios devem estar acima do rendimento máximo permitido de acesso ao benefício.[16] As regras para o cálculo da renda para o recebimento do amparo ao idoso foram mudadas com o Estatuto do Idoso. A partir deste ano, a renda a ser utilizada no cálculo deverá ser a do idoso e não a do domicílio.

TABELA 22
DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS POR DOMICÍLIO

Número de benefícios	Amparo ao idoso	Amparo ao deficiente	Aposentadoria rural	Todos não-contributivos	Benefícios contributivos	Todos os benefícios
Total de domicílios	1.006	1.006	1.006	1.006	1.006	1.006
0 benefício	817	964	934	712	349	116
Subtotal	189	42	72	294	657	890
Um benefício	180	40	66	269	573	723
Dois benefícios	9	2	6	24	83	163
Três benefícios	0	0	0	1	1	3
Quatro benefícios	0	0	0	0	0	1

Notas: 116 domicílios não recebem nenhum tipo de benefício.
294 domicílios recebem pelo menos um tipo de benefício não-contributivo.
233 domicílios recebem apenas benefícios não-contributivos.
657 domicílios recebem pelo menos um benefício não-contributivo.
596 domicílios recebem apenas benefícios contributivos.
61 domicílios recebem benefícios não-contributivos e contributivos.
890 domicílios recebem apenas um tipo de benefício.

3.5 Outras Informações Econômicas dos Domicílios

A prática mais comum entre os moradores dos domicílios é juntar seus rendimentos para as despesas, o que ocorre em 69,5% dos domicílios (Tabela 23). Alternativamente, os moradores juntam uma parte de seus rendimentos para as despesas (28,5%). É muito rara a situação em que cada um guarda seus próprios rendimentos. Na maior parte das vezes a pessoa que se declara responsável pelo domicílio é também responsável pelas decisões sobre os gastos domiciliares (78,6%).

16. Tais domicílios podem ser identificados a partir do banco de dados, mas como este não era um dos objetivos da pesquisa tal cálculo não foi efetuado.

Em 10,4% dos domicílios, as decisões sobre os gastos cabem ao cônjuge, enquanto em 7,2% é o(a) filho(a) que decide. Os demais membros das famílias possuem pouca participação nas decisões sobre os gastos dos domicílios (Tabela 24).

Na medida em que a maior parte dos domicílios é urbana, a criação de animais é relativamente rara. Apenas no caso de galinhas há alguma importância, atingindo 11% dos domicílios. Foram encontrados apenas 12 domicílios com criação de cavalos, oito com bois/vacas e quatro com porcos. Nenhum domicílio cria carneiros/cabras. Os domicílios com criação de animais localizam-se principalmente em Ilhéus, concentrando-se nas regiões rurais.

Analogamente, a produção de verduras e legumes é muito pouco encontrada. Apenas 4,5% dos domicílios pesquisados produzem seus próprios legumes e verduras, localizados basicamente nas áreas rurais. Sua contribuição para o orçamento doméstico é mínima. O valor médio estimado dos legumes e verduras colhidos nos domicílios com esse tipo de produção não passa de R$ 27.

Em apenas um de cada seis domicílios foi encontrado algum morador com conta bancária (Tabela 25). Por outro lado, em não mais do que um de cada 13 domicílios há moradores com conta de poupança. Esse resultado é especialmente desfavorável se considerarmos a tradição inflacionária existente na economia brasileira, onde a conta bancária remunerada e a caderneta de poupança são importantes mecanismos de proteção contra as perdas inflacionárias.

As dificuldades financeiras dos domicílios são resolvidas, principalmente, com a ajuda de amigos e parentes (44,2%). As demais alternativas utilizadas são a redução dos gastos em geral (15,8%), dos gastos em alimentação em particular (12,2%), o pedido de dinheiro emprestado (8,9%), a compra fiada (5,5%) e a procura por um trabalho extra (4,9%). De forma até certo ponto surpreendente, cerca de 30% dos domicílios afirmaram não tomar qualquer providência para superar as dificuldades financeiras (Tabela 26).

TABELA 23
FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS RENDIMENTOS POR DOMICÍLIO

Utilização	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Juntam tudo	699	69,5	307	60,8	392	78,2	517	66,8	182	78,4
Juntam parte	287	28,5	183	36,2	104	20,8	238	30,7	49	21,1
Não juntam	20	2,0	15	3,0	5	1,0	19	2,5	1	0,4
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

TABELA 24
RESPONSÁVEL POR DECISÕES DOS GASTOS POR DOMICÍLIO

Responsável	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Não mora no domicílio	6	0,6	0	0,0	6	1,2	5	0,6	1	0,4
Responsável	791	78,6	403	79,8	388	77,4	613	79,2	178	76,7
Cônjuge	105	10,4	49	9,7	56	11,2	70	9,0	35	15,1
Filho/a	72	7,2	35	6,9	37	7,4	58	7,5	14	6,0
Pai/mãe	6	0,6	5	1,0	1	0,2	6	0,8	0	0,0
Neto/bisneto	8	0,8	3	0,6	5	1,0	7	0,9	1	0,4
Genro/nora	7	0,7	3	0,6	4	0,8	6	0,8	1	0,4
Cunhado/a	1	0,1	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0	0,0
Tio/a	1	0,1	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,4
Irmão/ã	6	0,6	4	0,8	2	0,4	5	0,6	1	0,4
Sobrinho/a	2	0,2	2	0,4	0	0,0	2	0,3	0	0,0
Outra pessoa	1	0,1	1	0,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

TABELA 25
POSSE DE CONTA BANCÁRIA E/OU POUPANÇA POR DOMICÍLIO

Posse	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Conta bancária	165	16,4	98	19,4	67	13,4	145	18,7	20	8,6
Poupança	75	7,5	40	7,9	35	7,0	64	8,3	11	4,7
Total	1.006		505		501		774		232	

TABELA 26
FORMAS DE SOLUÇÃO PARA AS DIFICULDADES FINANCEIRAS POR DOMICÍLIO

Formas	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Ajuda de amigos	447	44,4	209	41,4	238	47,5	348	45,0	99	42,7
Ajuda do empregador	12	1,2	9	1,8	3	0,6	11	1,4	1	0,4
Ajuda da igreja	13	1,3	10	2,0	3	0,6	12	1,6	1	0,4
Pede dinheiro emprestado	90	8,9	54	10,7	36	7,2	77	9,9	13	5,6
Diminui gastos com comida	123	12,2	57	11,3	66	13,2	85	11,0	38	16,4
Diminui outros gastos	159	15,8	98	19,4	61	12,2	124	16,0	35	15,1
Procura trabalho extra	49	4,9	40	7,9	9	1,8	42	5,4	7	3,0
Abre contas/compra fiado	55	5,5	29	5,7	26	5,2	39	5,0	16	6,9
Atrasa/deixa de pagar contas	30	3,0	19	3,8	11	2,2	26	3,4	4	1,7
Outros	31	3,1	22	4,4	9	1,8	26	3,4	5	2,2
Não toma providência	295	29,3	153	30,3	142	28,3	223	28,8	72	31,0
Total	1.006		505		501		774		232	

3.6 Qualidade de Vida

A maior parte dos domicílios considera-se muito satisfeita (16,8%) ou satisfeita (45,2%) com a qualidade de vida levada pelas pessoas residentes. A insatisfação (12,7%) e muita insatisfação (2,1%) são relativamente pequenas. Os demais 22,4% consideram-se nem satisfeitos nem insatisfeitos. Os elevados níveis de satisfação causam uma certa surpresa tendo em vista os baixos rendimentos e as condições precárias de grande parte desses domicílios (Tabela 27).

O quadro muda bastante quando a situação financeira dos domicílios é levantada. Apenas 1,3% informou que ela é muito boa, enquanto 16,4% afirmaram que ela é boa. Em contrapartida, 8,9% disseram que ela é muito má e 22,2% que é má. A maioria, entretanto, reconheceu que a sua situação financeira pode ser considerada média (Tabela 28).

Para pouco mais da metade dos domicílios, a situação financeira permaneceu a mesma nos últimos três anos. Apenas 11,5% disseram que a situação financeira melhorou. Por outro lado, 36,8% afirmaram que suas finanças pioraram no período. Tal resultado não chega a surpreender tendo em vista as dificuldades econômicas do país enfrentadas nos últimos anos, o retorno da inflação e a recessão em que se encontra atualmente (Tabela 29).

A principal razão para a piora foi o aumento do custo de vida, informada por mais da metade dos domicílios onde a situação financeira se modificou no período. Cabe lembrar que ao longo do segundo semestre de 2002, quando a pesquisa foi ao campo, houve uma forte aceleração inflacionária na economia. Foi também bastante mencionada como causa para a piora o desemprego que teria atingido membros dos domicílios (Tabela 30).

Houve duas causas principais apontadas para justificar a melhoria financeira encontrada em alguns domicílios. Em primeiro lugar, a obtenção de emprego por algum morador do domicílio. Em segundo, o recebimento do benefício (contributivo ou não), mostrando mais uma vez sua importância para a população idosa.

3.7 Amparo Assistencial ao Idoso

Dos 1.354 idosos com 55 anos ou mais pesquisados, 1/4 afirma que tem direito ao amparo assistencial ao idoso — BPC ou renda mensal vitalícia (RMV) — enquanto 13,0% não sabem se têm direito ao benefício. Entretanto, apenas 198 (14,6%) afirmaram receber o respectivo benefício. Portanto, ou os idosos estariam mal informados, o que parece mais provável, ou apesar do direito não estariam

TABELA 27
NÍVEL GERAL DE SATISFAÇÃO POR DOMICÍLIO

Nível	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Muito satisfeito	169	16,8	108	21,4	61	12,2	141	18,2	28	12,1
Satisfeito	455	45,2	185	36,6	270	53,9	339	43,8	116	50,0
Médio	225	22,4	122	24,2	103	20,6	169	21,8	56	24,1
Insatisfeito	128	12,7	72	14,3	56	11,2	103	13,3	25	10,8
Muito insatisfeito	29	2,9	18	3,6	11	2,2	22	2,8	7	3,0
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

TABELA 28
AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO FINANCEIRA POR DOMICÍLIO

Avaliação	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Muito boa	13	1,3	4	1,3	9	1,8	9	1,2	4	1,7
Boa	165	16,4	76	16,4	89	17,8	125	16,1	40	17,2
Média	515	51,2	270	51,2	245	48,9	394	50,9	121	52,2
Má	223	22,2	101	22,2	122	24,4	177	22,9	46	19,8
Muito má	90	8,9	54	8,9	36	7,2	69	8,9	21	9,1
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

TABELA 29
RELAÇÃO DA SITUAÇÃO FINANCEIRA ATUAL COM A DE TRÊS ANOS ATRÁS NO DOMICÍLIO

Comparação	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Melhor	116	11,5	59	11,7	57	11,4	87	11,2	29	12,5
A mesma	520	51,7	254	50,3	266	53,1	411	53,1	109	47,0
Pior	370	36,8	192	38,0	178	35,5	276	35,7	94	40,5
Total	1.006	100,0	505	100,0	501	100,0	774	100,0	232	100,0

TABELA 30
PRINCIPAIS CAUSAS DE MUDANÇA DA SITUAÇÃO FINANCEIRA DO DOMICÍLIO

Causas	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Inflação	264	54,4	125	50,0	139	59,1	191	52,8	73	59,3
Desemprego	53	10,9	30	12,0	23	9,8	46	12,7	7	5,7
Emprego	38	7,8	18	7,2	20	8,5	30	8,3	8	6,5
Melhoria financeira	27	5,6	12	4,8	15	6,4	16	4,4	11	8,9
Pensões e benefícios	20	4,1	15	6,0	5	2,1	17	4,7	3	2,4
Velhice ou doença	18	3,7	10	4,0	8	3,4	12	3,3	6	4,9
Salário baixo	14	2,9	9	3,6	5	2,1	11	3,0	3	2,4
Despesas estão menores	11	2,3	4	1,6	7	3,0	6	1,7	5	4,1
Gastos excepcionais	8	1,6	3	1,2	5	2,1	6	1,7	2	1,6
Morte na família	7	1,4	5	2,0	2	0,9	6	1,7	1	0,8
Custos de doença	5	1,0	4	1,6	1	0,4	4	1,1	1	0,8
Aposentadoria baixa	5	1,0	5	2,0	0	0,0	5	1,4	0	0,0
Mais independência	4	0,8	3	1,2	1	0,4	4	1,1	0	0,0
Família aumentou	4	0,8	3	1,2	1	0,4	3	0,8	1	0,8
Bons investimentos	1	0,2	1	0,4	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Outros	6	1,2	3	1,2	3	1,3	4	1,1	2	1,6
Total	485	100,0	250	100,0	235	100,0	362	100,0	123	100,0

recebendo o benefício (Tabela 31). Conforme mencionado, o amparo assistencial ao idoso exigia, por ocasião da pesquisa, um mínimo de 67 anos e um rendimento familiar *per capita* até 1/4 do salário mínimo, restringindo bastante o número de beneficiários potenciais.

TABELA 31
BENEFÍCIO DE AMPARO AO IDOSO

	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Tem direito	337	24,9	232	33,7	105	15,8	296	28,5	41	13,0
Recebe	198	14,6	120	17,4	78	11,7	165	15,9	33	10,5

Em geral, os benefícios têm sido obtidos por iniciativa própria dos interessados ou mediante ajuda de parentes ou amigos. A intermediação de políticos, advogados ou serviços comunitários tem ocorrido, mas é menos comum.

Cerca de 3/4 dos benefícios foram concedidos a partir de 1995 e 43,0% desde 1999. Apenas 7,6% foram obtidos antes de 1990 (Tabela 32). Menos de 1/3 dos beneficiários vai sozinho receber seu benefício. O mais comum, entretanto, é ir acompanhado de parente ou amigo (41,4%). Há ainda 26,8% que têm seus benefícios recebidos por terceiros através de procurações.

TABELA 32
ANO EM QUE COMEÇOU A RECEBER O BENEFÍCIO DE AMPARO AO IDOSO

Ano	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Até 1986	4	2,0	3	2,5	1	1,3	4	2,4	0	0,0
1987-1990	11	5,6	2	1,7	9	11,5	8	4,8	3	9,1
1991-1994	22	11,1	12	10,0	10	12,8	16	9,7	6	18,2
1995-1998	76	38,4	45	37,5	31	39,7	63	38,2	13	39,4
1999-2002	75	37,9	51	42,5	24	30,8	66	40,0	9	27,3
Não sabe	10	5,1	7	5,8	3	3,8	8	4,8	2	6,1
Total	198	100,0	120	100,0	78	100,0	165	100,0	33	100,0

3.8 Amparo ao Deficiente

Apenas uma pequena parcela dos idosos (58 ou 4,3%) afirmou ter direito ao amparo ao deficiente, enquanto 2,1% disseram receber o benefício (Tabela 33). O valor do benefício é também igual a um salário mínimo. Da mesma forma que o amparo ao idoso, a iniciativa para o recebimento do benefício é majoritariamente do próprio indivíduo ou de amigo/parente.

Como tais benefícios são recebidos por portadores de deficiências, independentemente de sua idade, sua duração tende a ser mais elevada. Assim, cerca da quarta parte dos benefícios teve início antes de 1986. Outra quarta parte, entre 1987 e 1994. Os demais são mais recentes (Tabela 34). Apesar de suas deficiências, cerca de 1/4 dos beneficiários vai sozinho receber seus pagamentos mensais. Pouco mais da metade utiliza terceiros, enquanto o restante vai acompanhado receber o respectivo benefício.

TABELA 33
BENEFÍCIO DE AMPARO AO DEFICIENTE

	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Tem direito	58	4,3	36	5,2	22	3,3	43	4,1	15	4,8
Recebe	29	2,1	8	1,2	21	3,2	14	1,3	15	4,8

TABELA 34
ANO EM QUE COMEÇOU A RECEBER O BENEFÍCIO DE AMPARO AO DEFICIENTE

Ano	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Até 1986	7	24,1	2	25,0	5	23,8	4	28,6	3	20,0
1987-1990	3	10,3	0	0,0	3	14,3	0	0,0	3	20,0
1991-1994	4	13,8	2	25,0	2	9,5	4	28,6	0	0,0
1995-1998	8	27,6	1	12,5	7	33,3	3	21,4	5	33,3
1999-2002	6	20,7	2	25,0	4	19,0	2	14,3	4	26,7
Não sabe	1	3,4	1	12,5	0	0,0	1	7,1	0	0,0
Total	29	100,0	8	100,0	21	100,0	14	100,0	15	100,0

3.9 Aposentadoria Rural

A aposentadoria rural por idade é o benefício não-contributivo mais difundido no país, sendo encontrado não apenas nas regiões rurais, como também nas áreas urbanas, representando, nesse último caso, pessoas que migraram após o período de vida ativa para áreas urbanas. A idade mínima para ter acesso a esse tipo de benefício é bem menor que no caso do amparo ao idoso — 55 anos para mulheres e 60 anos para homens. Embora menos de 1/4 da amostra tenha sido levantado em áreas rurais de Ilhéus, foram contabilizadas 78 aposentadorias desse tipo, dez no Rio de Janeiro e 68 em Ilhéus, sendo 39 em regiões rurais.

Da mesma forma que nos outros benefícios não-contributivos, o percentual de idosos que acreditam ter direito a esse benefício, 8,9%, é superior ao dos que efetivamente o recebem, 5,8% (Tabela 35).

TABELA 35
BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA RURAL

	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Tem direito	121	8,9	37	5,4	84	12,6	73	7,0	48	15,2
Recebe	78	5,8	10	1,5	68	10,2	39	3,8	39	12,4

Os beneficiários têm tido acesso ao auxílio por iniciativa própria ou com a ajuda de parentes e amigos. Algumas vezes, com a ajuda de políticos e advogados. Como a idade mínima para o recebimento desse benefício é relativamente baixa, sua duração tem sido elevada. Quase 2/3 foram obtidos antes de 1994, enquanto 17,9% tiveram início antes 1986. Apenas 11,9% das aposentadorias rurais por idade levantadas começaram a partir de 1999 (Tabela 36). Cerca de 40% dos beneficiários utilizam terceiros para receber o auxílio. Os demais dividem-se entre aqueles que vão só (32,1%) e aqueles que necessitam de acompanhantes (28,2%).

Foram levantados vários tipos de possíveis dificuldades para o recebimento dos três benefícios não-contributivos pesquisados. Surpreendentemente, quase não foram relatadas dificuldades, mostrando o alto grau de institucionalização do programa de benefícios — 93,1% dos entrevistados informaram não enfrentar qualquer tipo de dificuldade para o recebimento desses benefícios.

TABELA 36
ANO EM QUE COMEÇOU A RECEBER O BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA RURAL

Ano	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Até 1986	14	17,9	2	20,0	12	17,6	9	23,1	5	12,8
1987-1990	14	17,9	2	20,0	12	17,6	6	15,4	8	20,5
1991-1994	22	28,2	3	30,0	19	27,9	10	25,6	12	30,8
1995-1998	14	17,9	2	20,0	12	17,6	7	17,9	7	17,9
1999-2002	9	11,5	1	10,0	8	11,8	6	15,4	3	7,7
Não sabe	5	6,4	0	0,0	5	7,4	1	2,6	4	10,3
Total	78	100,0	10	100,0	68	100,0	39	100,0	39	100,0

3.10 Outras Informações sobre os Idosos

Dois terços dos idosos nasceram em regiões urbanas. Tendo em vista os locais de realização da pesquisa de campo, não surpreende o fato de a maior parte dos idosos ter nascido na Bahia (46,9%) ou no Rio de Janeiro (22,7%). O menor percentual encontrado no Rio de Janeiro deve-se ao fato de a região ter sido um importante pólo de atração para migrantes de todo o país. Dentre os demais estados com maior número de idosos pesquisados podem ser mencionados Minas Gerais e Espírito Santo na região Sudeste, além de Paraíba, Pernambuco e Sergipe na região Nordeste.

Dois terços dos idosos nasceram nos próprios estados onde vivem atualmente. Para os demais, o tempo passado desde a migração para o Rio ou Bahia é bastante elevado, em geral, acima de 30 anos. Esse resultado reflete certamente a forte migração ocorrida para o Rio de Janeiro em décadas passadas.

A principal ocupação ao longo da vida ativa dos idosos foi a de agricultor (26,4%). Em segundo lugar, empregada doméstica (14,1%). Entre as demais, a distribuição é bastante dispersa, incluindo costureiras (4,8%), pedreiros (3,2%), motoristas (2,4%), cozinheiras (2,7%), passadeiras/lavadeiras (2,7%) e funcionários públicos (2,6%). Parcela considerável (14,5%) dos idosos não teve qualquer ocupação no passado (Tabela 37).

Quase 3/4 dos idosos administram seu dinheiro. Apenas 6% transferem regularmente dinheiro para familiares que moram em outro domicílio. Os valores doados são relativamente baixos — 2/3 até R$ 50 e 4/5 até R$ 100. Para os 75 idosos que repassam dinheiro, o valor médio doado atinge R$ 107. Se forem

TABELA 37
PRINCIPAL OCUPAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Ocupação	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Vendas – dono/autônomo	10	0,7	10	1,5	0	0,0	10	1,0	0	0,0
Arrumador de mercado	12	0,9	9	1,3	3	0,5	12	1,2	0	0,0
Auxiliar de escritório	5	0,4	2	0,3	3	0,5	5	0,5	0	0,0
Ensino do1º grau	10	0,7	2	0,3	8	1,2	6	0,6	4	1,3
Agricultor	357	26,4	35	5,1	322	48,4	162	15,6	195	61,9
Trabalhador agrícola	16	1,2	2	0,3	14	2,1	9	0,9	7	2,2
Pescador	16	1,2	1	0,1	15	2,3	12	1,2	4	1,3
Costura/confecção	65	4,8	49	7,1	16	2,4	63	6,1	2	0,6
Pedreiro	44	3,2	28	4,1	16	2,4	39	3,8	5	1,6
Servente de obra	8	0,6	5	0,7	3	0,5	7	0,7	1	0,3
Vendedor empregado	19	1,4	9	1,3	10	1,5	18	1,7	1	0,3
Vendedor ambulante	9	0,7	4	0,6	5	0,8	8	0,8	1	0,3
Motorista	32	2,4	23	3,3	9	1,4	29	2,8	3	1,0
Babá	5	0,4	3	0,4	2	0,3	4	0,4	1	0,3

(continua)

(continuação)

Ocupação	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Empregada doméstica	191	14,1	159	23,1	32	4,8	173	16,7	18	5,7
Preparador de alimentos/cozinheiro	36	2,7	31	4,5	5	0,8	35	3,4	1	0,3
Lavador/passador	36	2,7	16	2,3	20	3,0	26	2,5	10	3,2
Segurança/vigilante	16	1,2	12	1,7	4	0,6	14	1,3	2	0,6
Funcionário público	35	2,6	30	4,4	5	0,8	32	3,1	3	1,0
Outro	192	14,2	130	18,9	62	9,3	172	16,6	20	6,3
Indefinida	43	3,2	18	2,6	25	3,8	34	3,3	9	2,9
Não teve	197	14,5	111	16,1	86	12,9	169	16,3	28	8,9
Total	1.354	100,0	689	100,0	665	100,0	1.039	100,0	315	100,0

considerados todos os 1.354 idosos pesquisados, entretanto, o valor médio cai para apenas R$ 6. Oitenta por cento não conseguem guardar nenhum dinheiro para si, enquanto 1/6 guarda um pouco.[17] Conseqüentemente, tem sido muito rara a possibilidade de usar uma parte do benefício pelos idosos para iniciar ou melhorar pequenos negócios. Apenas 5,3% fizeram tal afirmação (Tabelas 38 a 41).

A maior parte dos idosos considera sua saúde como média (46,2%) ou boa (30,9%). Um sexto a considera ruim. Muito poucos afirmam que ela é muito boa, 2,3%, ou muito ruim, 3,8% (Tabela 42).

A participação dos idosos em grupos e associações é bastante pequena. Apenas os grupos de igreja possuem destaque, sendo apontados por 30,3% dos idosos. Mais de 2/3 simplesmente afirmaram que não fazem parte de nenhum grupo (Tabela 43).

A maior parte dos idosos (70,2%) disse que se sente menos segura em relação à violência do que há dois anos. Apenas 5% informaram que se sentem mais seguros. Os dados são piores no Rio de Janeiro do que na Bahia, e nas regiões urbanas do que nas rurais, mas a regra geral tem sido o aumento da insegurança. Tais dados não causam qualquer surpresa tendo em conta o aumento da violência nas regiões urbanas do país. Como já informado, por ocasião da pesquisa de campo no Rio de Janeiro, a equipe foi obrigada a evitar alguns setores selecionados previamente por conta do nível de insegurança existente em determinadas partes da cidade (Tabela 44).

O reconhecimento da importância da educação na vida dos indivíduos ficou comprovada na pesquisa de campo. Mais de 3/4 dos idosos disseram que uma melhor educação teria melhorado suas vidas. Entre os demais itens pesquisados, 13,0% indicaram uma menor desigualdade e 10,6%, mais independência para fazer suas próprias escolhas (Tabela 45).

Nos itens referentes à cidadania, é impressionante verificar que mais de 90% dos idosos não exerceram qualquer um dos quatro itens levantados na pesquisa durante os últimos 12 meses. A maior participação foi verificada em encontros comunitários, não passando, entretanto, de 4,8% os idosos que tiveram a oportunidade de participar desse tipo de atividade. Discussão de temas diversos, reclamação com autoridades e envolvimento em trabalho em eleições praticamente não são realizados pelos idosos (Tabela 46).

17. Esse resultado contradiz o de Delgado e Cardoso Jr. (2000), que mostra que parte do benefício previdenciário é utilizada para financiar pequenas atividades agrícolas (44,7% no Sul e 37,0% no Nordeste).

TABELA 38
ADMINISTRAÇÃO DO PRÓPRIO DINHEIRO PELO IDOSO

	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Sim	998	73,7	515	74,7	483	72,6	772	74,3	226	71,7
Não	356	26,3	174	25,3	182	27,4	267	25,7	89	28,3
Total	1.354	100,0	689	100,0	665	100,0	1.039	100,0	315	100,0

TABELA 39
DOAÇÃO DE DINHEIRO DO IDOSO PARA FAMILIARES EM OUTROS DOMICÍLIOS

	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Sim	75	5,5	48	7,0	27	4,1	61	5,9	14	4,4
Não	1.279	94,5	641	93,0	638	95,9	978	94,1	301	95,6
Total	1.354	100,0	689	100,0	665	100,0	1.039	100,0	315	100,0

TABELA 40
QUANTIDADE POUPADA PELO PRÓPRIO IDOSO

Quantidade	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Nenhum	1.075	79,4	532	77,2	543	81,7	800	77,0	275	87,3
Pouco	225	16,6	117	17,0	108	16,2	188	18,1	37	11,7
Algum	37	2,7	28	4,1	9	1,4	35	3,4	2	0,6
Quantidade razoável	9	0,7	6	0,9	3	0,5	8	0,8	1	0,3
Todo	8	0,6	6	0,9	2	0,3	8	0,8	0	0,0
Total	1.354	100,0	689	100,0	665	100,0	1.039	100,0	315	100,0

TABELA 41
UTILIZAÇÃO DO BENEFÍCIO PELO IDOSO PARA PROJETOS DE GERAÇÃO DE RENDA OU NEGÓCIOS

Utilização	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Sim	72	5,3	29	4,2	43	6,5	58	5,6	14	4,4
Não	1.282	94,7	660	95,8	622	93,5	981	94,4	301	95,6
Total	1.354	100,0	689	100,0	665	100,0	1.039	100,0	315	100,0

TABELA 42
AVALIAÇÃO DA SAÚDE ATUAL DO IDOSO

Avaliação	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Muito boa	31	2,3	16	2,3	15	2,3	21	2,0	10	3,2
Boa	419	30,9	218	31,6	201	30,2	323	31,1	96	30,5
Média	626	46,2	318	46,2	308	46,3	474	45,6	152	48,3
Ruim	226	16,7	104	15,1	122	18,3	180	17,3	46	14,6
Muito ruim	52	3,8	33	4,8	19	2,9	41	3,9	11	3,5
Total	1.354	100,0	689	100,0	665	100,0	1.039	100,0	315	100,0

TABELA 43

PARTICIPAÇÃO DO IDOSO EM GRUPO, ASSOCIAÇÃO OU ORGANIZAÇÃO

Grupo	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Senhoras e senhores	17	1,3	17	2,5	0	0,0	17	1,6	0	0,0
Organização comunitária	12	0,9	7	1,0	5	0,8	12	1,2	0	0,0
Grupo de igreja	410	30,3	240	34,8	170	25,6	351	33,8	59	18,7
Clube esportivo	3	0,2	2	0,3	1	0,2	3	0,3	0	0,0
Organização escolar	2	0,1	2	0,3	0	0,0	2	0,2	0	0,0
Sindicato	2	0,1	0	0,0	2	0,3	2	0,2	0	0,0
Organização política	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Outro	1	0,1	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Não participa	927	68,5	437	63,4	490	73,7	671	64,6	256	81,3

TABELA 44
POSIÇÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS

Posição	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Mais seguro	71	5,2	15	2,2	56	8,4	36	3,5	35	11,1
Igual	333	24,6	111	16,1	222	33,4	233	22,4	100	31,7
Menos seguro	950	70,2	563	81,7	387	58,2	770	74,1	180	57,1
Total	1.354	100,0	689	100,0	665	100,0	1.039	100,0	315	100,0

TABELA 45
FATO QUE TERIA TORNADO A VIDA DO IDOSO MELHOR

Fato	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Mais independência	144	10,6	61	8,9	83	12,5	112	10,8	32	10,2
Mais educação	1.034	76,4	529	76,8	505	75,9	799	76,9	235	74,6
Menos desigualdade	176	13,0	99	14,4	77	11,6	128	12,3	48	15,2
Total	1.354	100,0	689	100,0	665	100,0	1.039	100,0	315	100,0

TABELA 46
ATIVIDADES EXERCIDAS PELO IDOSO COMO CIDADÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Atividade	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Encontro comunitário	65	4,8	43	6,2	22	3,3	58	5,6	7	2,2
Discussão de temas	25	1,8	15	2,2	10	1,5	21	2,0	4	1,3
Reclamação com autoridade	23	1,7	18	2,6	5	0,8	19	1,8	4	1,3
Trabalho para eleição	5	0,4	5	0,7	0	0,0	5	0,5	0	0,0
Nenhuma	1.246	92,0	616	89,4	630	94,7	945	91,0	301	95,6

Entre as boas coisas da vida foram mencionados os mais diversos itens. O principal destaque é a família, aparecendo sob as mais diversas formas — filhos/netos (20,0%), nascimento dos filhos (3,2%), família (12,6%), esposa/marido (5,0%) etc. Religião (12,5%) e saúde (9,4%) também são bastante citadas, mostrando sua importância ao final da vida das pessoas. A casa onde vivem (4,4%) e a casa própria (5,3%) também se destacam. Além desses, foram citados vários outros itens como os amigos (3,3%), o emprego (3,2%) e o benefício (2,9%). A lista é bastante ampla como pode ser verificada na Tabela 47.

TABELA 47
COISAS BOAS DA VIDA

Item	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Filhos e/ou neto	761	20,0	354	18,2	407	22,0	562	19,2	199	22,7
Família	477	12,6	246	12,6	231	12,5	375	12,8	102	11,6
Religião	476	12,5	262	13,5	214	11,6	387	13,2	89	10,2
Saúde	357	9,4	203	10,4	154	8,3	272	9,3	85	9,7
Casa própria	203	5,3	111	5,7	92	5,0	148	5,1	55	6,3
Esposa e marido	189	5,0	76	3,9	113	6,1	122	4,2	67	7,6
Sua casa	168	4,4	81	4,2	87	4,7	129	4,4	39	4,5
Amigos	125	3,3	59	3,0	66	3,6	88	3,0	37	4,2
Nascimento dos filhos	123	3,2	105	5,4	18	1,0	112	3,8	11	1,3
Emprego	120	3,2	42	2,2	78	4,2	85	2,9	35	4,0
Benefício	109	2,9	59	3,0	50	2,7	86	2,9	23	2,6
Amor, paz, tranqüilidade	107	2,8	67	3,4	40	2,2	86	2,9	21	2,4
Estar vivo	78	2,1	42	2,2	36	1,9	64	2,2	14	1,6
Casamento	70	1,8	25	1,3	45	2,4	55	1,9	15	1,7
Tempo de juventude	46	1,2	6	0,3	40	2,2	35	1,2	11	1,3
Rádio e TV	29	0,8	16	0,8	13	0,7	26	0,9	3	0,3
Viagens e passeios	29	0,8	16	0,8	13	0,7	25	0,9	4	0,5
Finanças, dinheiro	27	0,7	22	1,1	5	0,3	26	0,9	1	0,1

(continua)

(continuação)

Item	Total		Rio de Janeiro		Ilhéus		Urbana		Rural	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Lugar onde mora	25	0,7	8	0,4	17	0,9	13	0,4	12	1,4
Comida	24	0,6	14	0,7	10	0,5	19	0,7	5	0,6
Bons vizinhos	23	0,6	15	0,8	8	0,4	18	0,6	5	0,6
Manias (costurar etc.)	20	0,5	5	0,3	15	0,8	13	0,4	7	0,8
Liberdade e independência	14	0,4	8	0,4	6	0,3	13	0,4	1	0,1
Bom relacionamento	14	0,4	8	0,4	6	0,3	13	0,4	1	0,1
Parar de beber	11	0,3	3	0,2	8	0,4	9	0,3	2	0,2
Trabalho voluntário	9	0,2	6	0,3	3	0,2	7	0,2	2	0,2
Animais de estimação	9	0,2	5	0,3	4	0,2	7	0,2	2	0,2
Honestidade	9	0,2	4	0,2	5	0,3	6	0,2	3	0,3
Vícios	8	0,2	5	0,3	3	0,2	6	0,2	2	0,2
Futebol e esporte	8	0,2	3	0,2	5	0,3	6	0,2	2	0,2
Cura de doença	8	0,2	6	0,3	2	0,1	6	0,2	2	0,2
Aposentadoria	8	0,2	8	0,4	0	0,0	8	0,3	0	0,0
Felicidade	8	0,2	5	0,3	3	0,2	6	0,2	2	0,2
Festas	8	0,2	2	0,1	6	0,3	6	0,2	2	0,2
Criação de animais	7	0,2	1	0,1	6	0,3	4	0,1	3	0,3
Educar crianças	7	0,2	3	0,2	4	0,2	6	0,2	1	0,1
Dormir	7	0,2	5	0,3	2	0,1	7	0,2	0	0,0
Velhice	7	0,2	1	0,1	6	0,3	4	0,1	3	0,3
Outros	32	0,8	19	1,0	14	0,9	28	0,9	4	0,4
Nenhuma	13	0,3	7	0,4	6	0,3	10	0,3	3	0,3
Não informou	24	0,6	15	0,8	9	0,5	23	0,8	1	0,1
Total	3.797	100,0	1.947	100,0	1.850	100,0	2.921	100,0	876	100,0

4 CONCLUSÃO

A pesquisa de campo deixa clara a importância dos benefícios (contributivos ou não) no processo de geração de renda para a população idosa do país. Embora os benefícios contributivos sejam numericamente muito mais importantes do que os não-contributivos, esses últimos têm papel inquestionável na redução da pobreza, especialmente, nas regiões rurais.

A aposentadoria rural por idade, benefício em geral não-contributivo, é muito importante, no sentido de garantir àqueles que trabalharam na agricultura familiar uma remuneração mínima após a passagem à inatividade. Como a idade mínima exigida é de apenas 55 anos para as mulheres e 60 anos para os homens, tornou-se bastante freqüente nas regiões rurais, valorizando os idosos que passam a ser considerados um verdadeiro ativo em vez de um passivo para suas famílias, como ocorria no passado. Assim, há um aumento do *empowerment* da população idosa.

Os benefícios não-contributivos urbanos para os idosos pobres (BPC e RMV) são bem menos comuns. Em primeiro lugar porque a população urbana tem muito mais acesso aos mecanismos contributivos oficiais do que as rurais. Em segundo lugar, devido às exigências de níveis máximos de rendimento familiar *per capita* muito baixos (1/4 do salário mínimo) e idades mínimas muito elevadas. A recente redução da idade mínima de acesso ao BPC, de 67 para 65 anos, e a mudança no cálculo da renda do idoso para o recebimento do benefício irão ampliar um pouco a sua cobertura para os trabalhadores urbanos originários do setor informal da economia.

Como o valor mínimo da aposentadoria oficial contributiva do INSS é o mesmo que dos benefícios não-contributivos (1 salário mínimo), nota-se que a maior parte dos aposentados oficiais recebe o mesmo valor que o recebido pelos beneficiários não-contributivos, o que poderia ser considerado um incentivo para a não-contribuição. De qualquer forma, como milhões de trabalhadores encontram-se fora do setor formal da economia, não lhes resta outra alternativa senão a busca de acesso aos mecanismos previdenciários não-contributivos no final de suas vidas ativas.

Em 2003, o país passou por uma ampla reforma da previdência social no setor público. Os benefícios não-contributivos para os idosos foram preservados. Apesar da crise fiscal do país, não há qualquer indício que aponte em direção à redução de tais benefícios. Apesar das dificuldades encontradas pela pesquisa em grande parte dos domicílios com idosos, tanto nas regiões urbanas quanto rurais, a situação seria muito pior se tais benefícios não existissem conforme o estudo deixou claro.

É verdade que a pesquisa de campo encontrou abusos em vários casos em que as regras para se ter direito aos benefícios não são estritamente respeitadas. Encontrou também uma verdadeira indústria de concessão de benefícios através de intermediários que cobram propinas para obter o benefício para idosos desinformados. Tais casos, entretanto, representam distorções que devem ser combatidas por meio de uma melhor fiscalização e de uma ampla campanha para disseminar à população seus direitos, além de regras simples para a obtenção dos benefícios.

BIBLIOGRAFIA

CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

—————. *O envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão 858).

DELGADO, G. C., CARDOSO Jr., J. C. (eds.). *A universalização de direitos sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90*. Brasília: IPEA, 2000.

IBGE. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil — 2000*. Rio de Janeiro, 2002.

HelpAge/IDPM. *Non-contributory pensions and poverty prevention — a comparative study of Brazil and South Africa*. Manchester, Sep. 2003.

SABOIA, J. *Breve caracterização da situação recente da população idosa no Brasil*. Rio de Janeiro: IE/UFRJ, 2003a, mimeo.

—————. *Benefícios não-contributivos e o combate à pobreza de idosos no Brasil*. Rio de Janeiro: IE/UFRJ, nov. 2003b, mimeo.

SCHWARZER, H. *Impactos socioeconômicos do sistema de aposentadorias rurais no Brasil — evidências empíricas de um estudo de caso no Estado do Pará*. Rio de Janeiro: IPEA, , 2000 (, Texto para Discussão 729).

SCHWARZER, H., QUERINO, A. C. Non-contributory pensions in Brazil: the impact on poverty reduction. *ESS Paper*, n. 11, Genebra: OIT, 2002.

WERNECK VIANNA, M. L. *Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não-contributivos*. Rio de Janeiro: IE/UFRJ, jun. 2003, mimeo.

CAPÍTULO 12

O IDOSO E A PREVIDÊNCIA SOCIAL

Francisco Eduardo Barreto de Oliveira
In memoriam
Kaizô Iwakami Beltrão
Da Escola Nacional de Ciências Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografica e Estatística (Ence/IBGE)
Sonoe Sugahara Pinheiro
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA
Fernanda Paes Leme Peyneau
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA
João Luís Oliveira Mendonça
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma versão atualizada de artigo homônimo publicado na primeira edição deste livro. Optou-se pela atualização do artigo por dois motivos principais: primeiro, demonstrar que muitas das disfuncionalidades apontadas e comprovadas estatisticamente no final de 1999 permanecem, apesar das duas reformas que o sistema previdenciário brasileiro sofreu nos últimos seis anos, e, segundo, verificar se, e em que grau, alguns dos problemas do sistema foram minimizados com a reforma de 1998.

A releitura do artigo permitiu verificar que, infelizmente, as mudanças implementadas nos últimos anos não foram suficientes para sanear o sistema previdenciário brasileiro, que continua apresentando dificuldades financeiras e carente de uma reformulação estrutural condizente com a nova realidade demográfica, social e econômica do país.

A seguridade social deve ser entendida como um conjunto de políticas e ações articuladas com o objetivo de amparar o indivíduo e/ou o grupo familiar ante os eventos decorrentes de morte, doença, invalidez, desemprego e incapacidade econômica em geral. Como não poderia deixar de ser, o caráter genérico da definição comporta um sem-número de variantes no campo prático, dependendo

de fatores políticos, econômicos, sociais, históricos e culturais que influenciaram a evolução de cada sistema em particular.

A seguridade social, como consagrada na Constituição Federal, tem três componentes: seguro social, assistência social e saúde. Neste texto vamos nos ater à primeira dessas componentes, lembrando sempre, porém, que no imaginário coletivo as duas primeiras se confundem. Isso se deve ao fato de que os pagamentos das duas componentes foram realizados sempre por uma única instituição. Essa não-separação dos dois conceitos se reflete também nos dados coletados junto à população.

O seguro social, também conhecido como previdência social, se constitui em um programa de pagamentos em dinheiro e/ou serviços prestados ao indivíduo e/ou a seus dependentes, geralmente condicionado à preexistência de um vínculo contributivo ao sistema, como compensação parcial ou total da perda de capacidade laborativa. Tal perda pode ser efetiva ou presumida. Nos sistemas previdenciários atuais, a idade avançada é uma dessas situações em que se presume a perda. Obviamente é um acordo social a definição da idade a partir da qual essa perda é presumida, pois tal idade não existe, biologicamente. O estado de higidez varia enormemente entre culturas, classes sociais e ocupações, através do tempo, e também entre indivíduos (ver o Capítulo 1 deste livro).

Assim, a idade avançada, além de *status* biológico e parte do ciclo de vida, é um constructo social. As culturas, em geral, definem (ou definiram) seus grupos etários como os admitidos nas culturas ocidentais, quase sempre consistentes nas suas diversas funções. As mulheres, por exemplo, têm, em diversas culturas, idades mínimas de aposentadoria por idade inferiores às requeridas ao homem, ainda que tenham menor mortalidade e menor morbidade nessas faixas etárias. Podemos entender essa diferenciação como produto de uma sociedade dominada por homens, em que o "sexo frágil" merece condições mais amenas.[1] A alegação (verdadeira) do custo de oportunidade *versus* funções reprodutivas e de responsabilidades familiares raramente é utilizada.

É bem recente, considerando um corte através de todos os estratos sociais, a idéia de que idade avançada implica ausência de atividade laborativa, e o seguro social, na sua forma moderna, garantido pelo Estado, foi a condição *sine qua non* para que tal idéia se concretizasse. É claro que outras formas de suporte, como a família e a caridade social, existiam, mas sua abrangência era restrita e não excluía

1. Ainda que o discurso sobre esse assunto inclua alegações de dupla jornada de trabalho, responsabilidades familiares, compensações pela discriminação no trabalho/salário etc.

a colaboração do idoso em vários labores domésticos e/ou comunitários. A existência de um seguro social, por outro lado, presume um nível razoável de riqueza na sociedade para que os indivíduos, produtivos ou não, possam usufruir de uma renda regular.

Outra situação que pode levar à perda da capacidade laborativa e, conseqüentemente, à elegibilidade a um benefício previdenciário é o trabalho árduo ou sob condições inclementes por um longo período. Um exemplo típico é o dos mineiros na virada do século XIX para o século XX, que trabalhavam em minas subterrâneas sob condições extremamente adversas. Nessa situação havia perda efetiva da capacidade laborativa, ainda que o tempo necessário para essa perda variasse de indivíduo para indivíduo. A legislação brasileira tornou mais abrangente esse conceito e definiu uma aposentadoria por tempo de serviço (mais tarde, de contribuição) independente do tipo de trabalho envolvido. Atualmente, é o benefício que representa a maior fatia dos gastos dentro da previdência social.

No Brasil o conceito de aposentadoria cria uma situação esdrúxula com relação a outros povos. As palavras *retraite, retirement, retiro, taishoku*, são traduções de aposentadoria e indicam todas uma saída da força de trabalho. Culturalmente, o brasileiro não entende a aposentadoria como a cessação da atividade laboral. Em outros países o recebimento do benefício é condicionado legalmente à saída efetiva do mercado de trabalho, ou o seu valor é reduzido, caso o beneficiário volte (ou continue) a trabalhar, para desestimular tal comportamento.

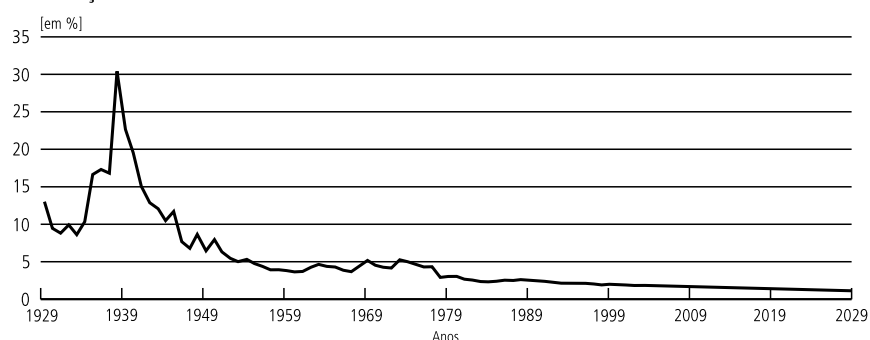
2 HISTÓRICO

O desenvolvimento da seguridade social no Brasil se deu através da criação e posterior fusão de várias caixas de aposentadorias e pensões para determinados segmentos de trabalhadores, tendo como marco legal a Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923. A Constituição de 1988 representou a última etapa da universalização da cobertura previdenciária, além de ter apresentado um novo conceito de proteção social, o da seguridade social com suas três componentes (previdência, assistência e saúde). O texto constitucional estabeleceu como princípios básicos para o novo sistema a universalização da cobertura, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a seletividade na concessão dos benefícios, a irredutibilidade do valor das prestações, a equanimidade no custeio, a diversificação da base de financiamento, a descentralização e participação de trabalhadores na gestão, avançando no sentido de conceituar a seguridade social como um contrato social coletivo, integrante do próprio direito de cidadania, em que benefícios seriam concedidos conforme a necessidade e o custeio seria feito segundo a capacidade de cada um.

Pelo novo dispositivo constitucional os trabalhadores da iniciativa privada passaram a fazer parte do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e para o funcionalismo público foi prevista a instituição do Regime Jurídico Único (RJU) e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. Na análise que se segue nos centralizaremos no sistema RGPS.

A situação do sistema previdenciário vem se deteriorando com o passar do tempo. De fato, a razão de contribuintes por beneficiário[2] caiu dramaticamente, como mostra o Gráfico 1: por volta de 1940 tínhamos cerca de 31 contribuintes para cada beneficiário; no início da década de 1980 a proporção era de 2,9 para 1 e hoje temos menos de dois contribuintes na ativa para cada beneficiário. Sob as condições atuais de elegibilidade, a nossa projeção aponta para uma relação de 1,2 para 1 em 2030 — obviamente esse número deve ser entendido como um cenário, pois se esta situação viesse a ocorrer, o sistema quebraria antes.

Embora qualquer comparação internacional deva ser interpretada com o devido cuidado, a Tabela 1 apresenta, para alguns países selecionados, a razão de dependência de idosos na população, que pode ser utilizada como uma *proxy* para a razão de dependência do sistema previdenciário — esta última considerando como idosa toda a população maior de 65 anos. Observa-se que, embora com uma estrutura etária muito mais jovem do que na maioria dos países selecionados, a razão de dependência previdenciária brasileira já correspondia no ano 2000 a 0,30. Essa razão era mais elevada que a de países com uma estrutura etária mais envelhecida, como Estados Unidos e Argentina.

GRÁFICO 1
RELAÇÃO CONTRIBUINTES/BENEFICIÁRIOS

Fonte: Oliveira, Beltrão e Ferreira (1997).

2. Essa razão de contribuintes por beneficiários é o inverso do que é usualmente conhecido como razão de dependência previdenciária, ou seja, o número de beneficiários (dependentes) por contribuintes.

TABELA 1
RAZÃO DE DEPENDÊNCIA DEMOGRÁFICA (POP. 65+ / POP. 15-64) E RAZÃO DE DEPENDÊNCIA PREVIDENCIÁRIA (BENEFICIÁRIOS/CONTRIBUINTES) EM PAÍSES SELECIONADOS — 2000

Países	Beneficiários/contribuintes	População maior de 65 anos/PIA
Inglaterra	0,40	0,24
Brasil	0,30	0,08
Estados Unidos	0,27	0,19
Japão	0,39	0,25
Canadá	0,31	0,18
Alemanha	0,48	0,24
França	0,50	0,24
Itália	0,71	0,27
Argentina	0,29	0,16

Fontes: Bongaarts (2004), Banco Mundial (2004) e Beltrão *et alii* (2000).

O que responderia então pelo aparente paradoxo de termos uma previdência deficitária em um país com população comparativamente jovem? As razões são muitas, tanto do lado dos beneficiários como dos contribuintes. O primeiro fato a ressaltar é que não estamos aposentando apenas os idosos mas também os jovens. Antes da Emenda Constitucional 20, de 1998, existia o conceito de tempo de serviço que levava a aposentadorias precoces. Como demonstra a Tabela 2, em 1993, 63% dos homens se aposentaram por tempo de serviço com idade inferior a 55 anos; entre as mulheres, esse percentual sobe para 74%, configurando-se um

TABELA 2
PERCENTUAL DE APOSENTADORIA POR TEMPO SERVIÇO OU DE CONTRIBUIÇÃO ATÉ A IDADE NA DATA DE INÍCIO DO BENEFÍCIO (DIB)
[em %]

Idade no início do benefício	1993		1998		2002	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Até 44 anos	6	14	20	27	6	5
Até 49 anos	29	45	49	60	22	39
Até 54 anos	63	74	75	83	55	76
Até 59 anos	86	94	91	98	84	97
Até 64 anos	98	99	99	99	98	99

Fonte: AEPS (1995/1996 e 2002).

padrão de aposentadoria extremamente precoce. Em 2002, esse padrão ainda se mantém, porém com percentuais de 55% e 76%, respectivamente (só que na aposentadoria por tempo de contribuição). Parte do adiamento que ocorreu entre os homens se refere à eliminação da aposentadoria proporcional. Ocorre que, até bem pouco tempo, o Brasil se encontrava entre os poucos países do mundo que ainda ofereciam aposentadoria por tempo de serviço/contribuição sem limite etário.[3]

O Gráfico 2 mostra que, em 1993, apenas 30,5% dos benefícios de aposentadoria urbanos em número e 17,8% em valor eram por idade, descaracterizando completamente a imagem de que todos os aposentados são idosos. Em 2002, essa situação se exarceba com os benefícios de aposentadoria urbanos por idade contabilizando 24,6% em número e 18,2% em valor.

Os Gráficos 3 a 6 apresentam as distribuições cumulativas de todos os novos beneficiários (não incluídos os benefícios de pensão), desagregadas por condição de domicílio, urbana e rural, e para dois anos: 1993 e 2002. Ainda que sejam somente dois pontos no tempo, podemos ter alguma idéia da evolução das concessões. Em 1993, a proporção de concessões de benefícios urbanos, tanto para homens como para mulheres, com menos de 50 anos era de 50%. Já em 2002, esse percentual aumenta para 62% no caso dos homens e para 67% no das mulheres. Considerando-se o limiar de 65 anos, houve uma quase estabilidade na proporção de concessões abaixo dessa idade, indo de 87% e 93% em 1993, respectivamente, para homens e mulheres, para cerca de 88% e 90% em 2002 .

GRÁFICO 2
APOSENTADORIAS URBANAS

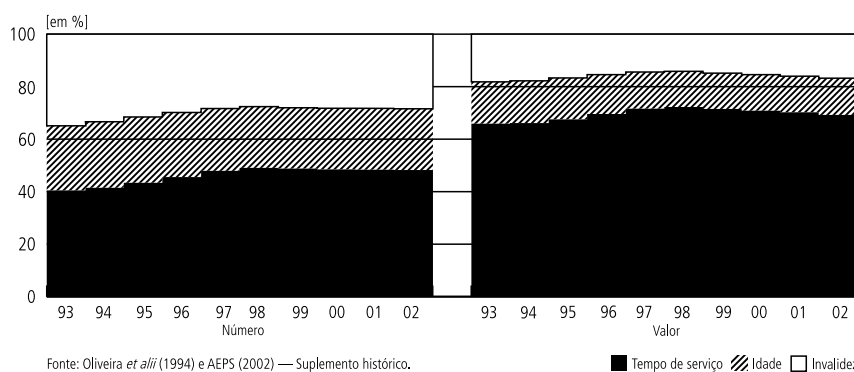
Fonte: Oliveira *et alii* (1994) e AEPS (2002) — Suplemento histórico.

3. Essa situação foi relativamente contornada pelo fator previdenciário, para o caso dos trabalhadores da iniciativa privada e proibida para os funcionários públicos, ambas as situações incorporadas pela Emenda Constitucional 20, de dezembro de 1998.

GRÁFICO 3
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS URBANOS POR SEXO DA DIB — CONCESSÕES EM 1993

Fonte: MPAS/Dataprev (1993).

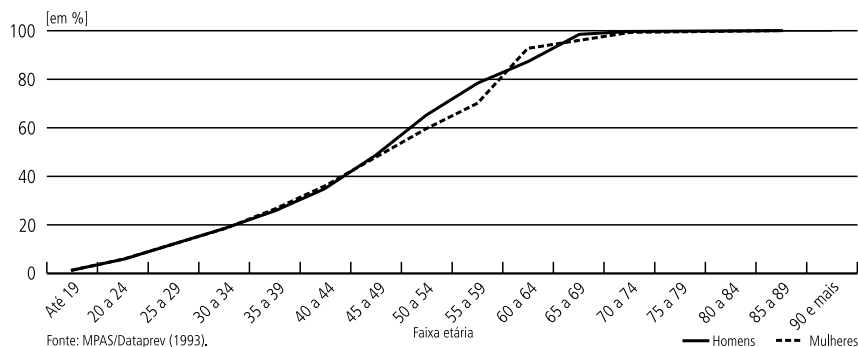



GRÁFICO 4
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS BENEFICIÁRIOS RURAIS POR SEXO DA DIB — CONCESSÕES EM 1993

Fonte: MPAS/Dataprev (1993).

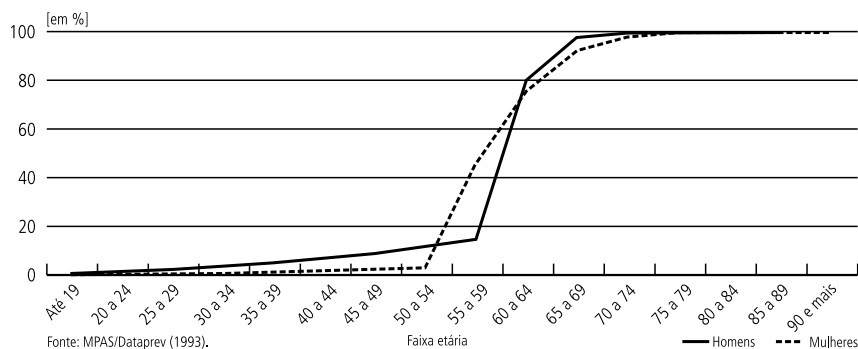



GRÁFICO 5
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS NOVOS BENEFICIÁRIOS URBANOS POR SEXO NA DIB — CONCESSÕES EM 2002

Fonte: MPAS/Dataprev (2002).

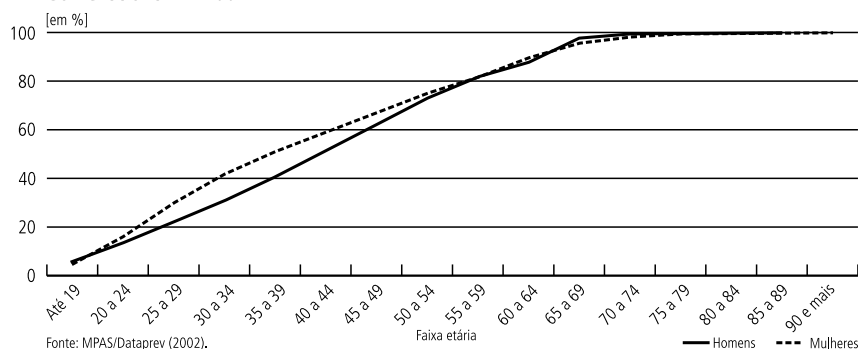
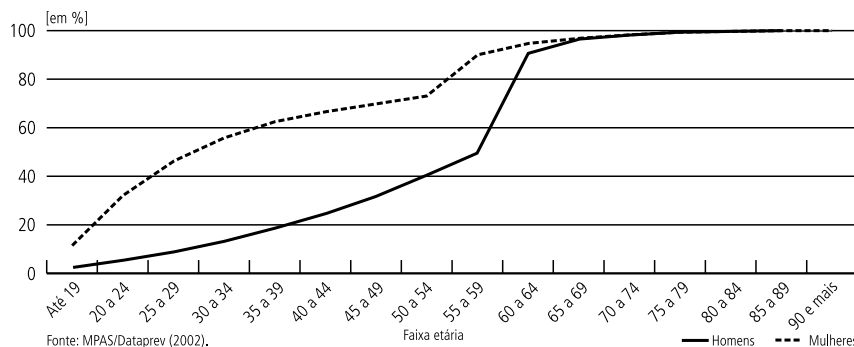



GRÁFICO 6
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS NOVOS BENEFICIÁRIOS RURAIS POR SEXO NA DIB — CONCESSÕES EM 2002

Fonte: MPAS/Dataprev (2002).

A diferença no tempo é muito maior na clientela rural. Em 1993, já com a redução da idade para elegibilidade de aposentadoria por idade, as mulheres com menos de 60 anos representavam cerca de 45% das novas concessões e, em 2002, esse percentual passou para 90%. Considerando-se o limiar de 65 anos, o aumento no período foi de cerca de 20%, indo de uma média para ambos os sexos em torno de 77% em 1993 para 93% em 2002 .

Do lado dos contribuintes, a partir do final da década de 1970 há um "descolamento" entre o que é o universo de potenciais aportantes — a População Economicamente Ativa (PEA) — e o conjunto daqueles que efetivamente recolhem suas contribuições (ver Gráficos 7 e 8). As causas são múltiplas, desde o desemprego e a informalização que atingem o mercado de trabalho concomitante a um movimento, em escala global, de terciarização e terceirização, até um certo

GRÁFICO 7
EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO URBANA, PEA E POPULAÇÃO DE CONTRIBUINTES — 1922-2002

Fonte: IBGE/Censos Demográficos e PNADs.

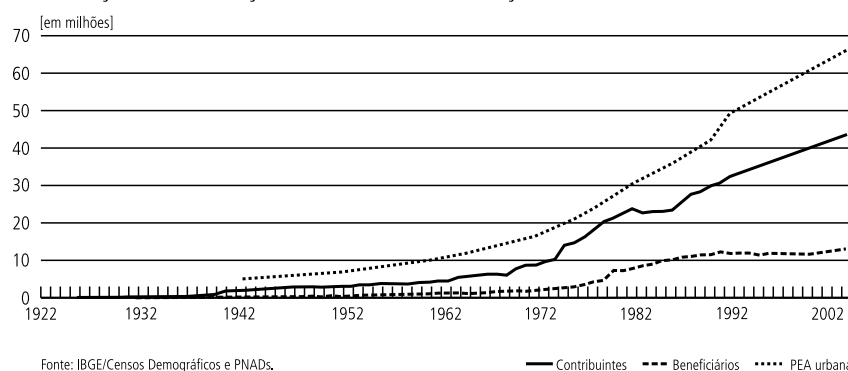
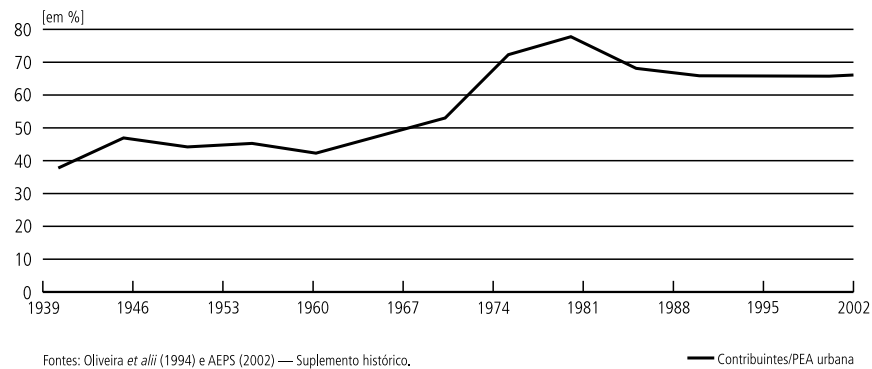



GRÁFICO 8
CONTRIBUINTES/PEA URBANA — 1939-2002

Fontes: Oliveira *et alii* (1994) e AEPS (2002) — Suplemento histórico.

nível de descontrole da arrecadação previdenciária, refletido em um alto nível de evasão [ver Oliveira, Beltrão e Ferreira (1997)] .

Não há, entretanto, como deixar de reconhecer que a chamada "cunha fiscal", ou seja, o diferencial entre o salário pago ao trabalhador e o custo da mão-de-obra para o empregador no mercado formal, desempenha papel preponderante nesse fenômeno. Como demonstram os Gráficos 9 e 10, a conseqüência da queda da relação contribuintes/beneficiários (já que se pretendia manter o equilíbrio do sistema) foi uma violenta elevação das alíquotas: no caso do empregado, em um período de 60 anos, elas aproximadamente triplicaram; no caso do empregador, esse acréscimo foi de sete vezes! Como resultado, temos atualmente um recorde mundial em termos de alíquotas previdenciárias, com um total pago pelos empregados e empregadores que chega, em média, a 32%.

GRÁFICO 9
ALÍQUOTAS DE CONTRIBUIÇÃO DO EMPREGADO (1-3 SALÁRIOS MÍNIMOS) — 1938-2002

Fontes: Oliveira *et alii* (1994) e AEPS (2002) — Suplemento histórico.

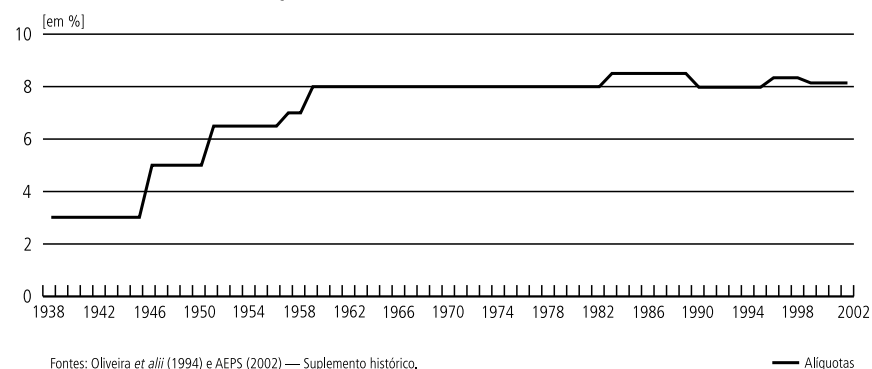
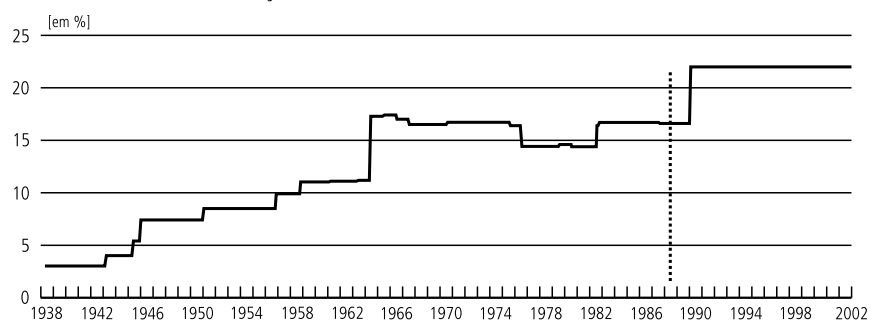



GRÁFICO 10
ALÍQUOTA DE CONTRIBUIÇÃO DO EMPREGADOR — 1938-2002

Fontes: Oliveira *et alii* (1994) e Sislex (jun.1997).
Obs.: Após a linha vertical em 01/1987, o empregador passa a contribuir percentualmente sem teto máximo.

Os Gráficos 11 e 12 apresentam a distribuição de beneficiários e não-beneficiários e sua condição de atividade por sexo e faixa etária em 1992 e 2002 [dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)]. Como definição utilizada na PNAD, são consideradas pessoas economicamente ativas aquelas que tomaram alguma providência efetiva de procurar trabalho na semana de referência e as que tinham trabalho durante o período ou parte dele. Os beneficiários são definidos como pessoas que, na semana de referência, eram aposentados, pensionistas do RGPS ou de um regime previdenciário do funcionalismo público da União, estados ou municípios, ou recebiam algum tipo de benefício assistencial de prestação continuada.

É bem óbvia a contração da população ativa ainda não em gozo de benefício, em idade avançada, com a concomitante expansão da população beneficiária (ativa

GRÁFICO 11
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA — 1992

Fonte: IBGE/PNAD de 1992.

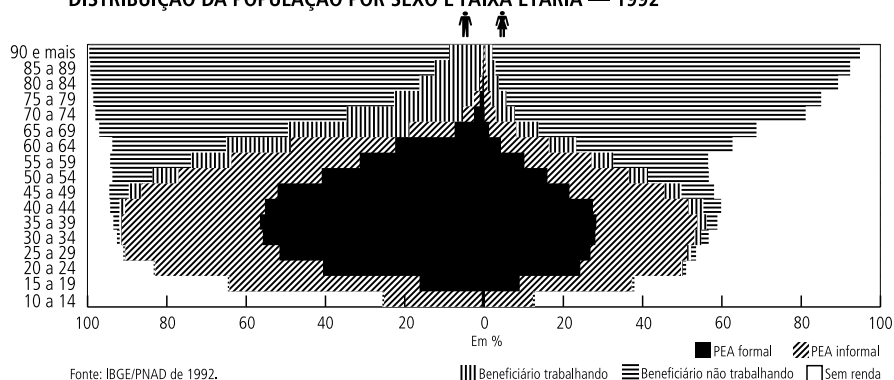



GRÁFICO 12
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA — 1997

Fonte: IBGE/PNAD de 1997.

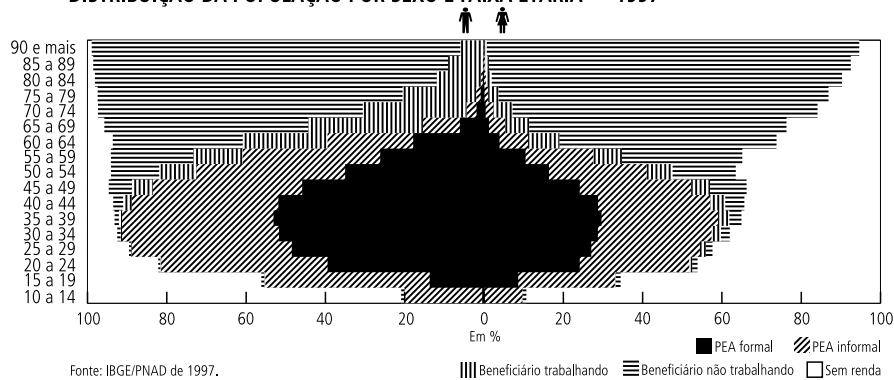
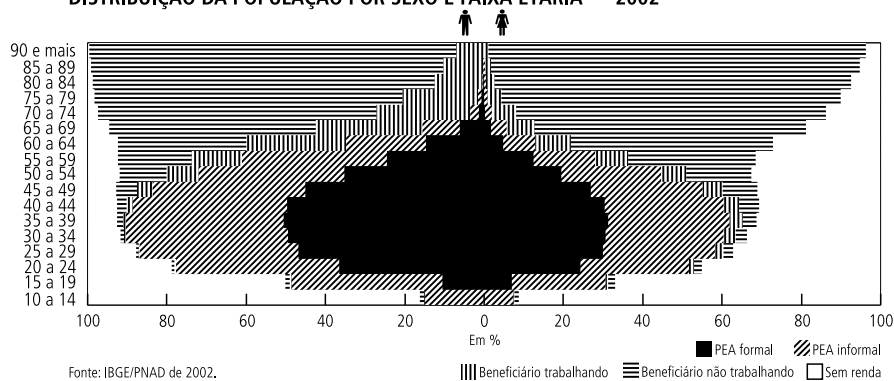



GRÁFICO 13
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

ou não). Houve também uma ligeira expansão da população de beneficiários ainda na PEA, porém com um crescimento bem menor do que o experimentado pela população de beneficiários. Para os homens é perceptível a contração dos trabalhadores formais diante do crescimento do segmento informal. Entre as mulheres, observa-se a expansão tanto no mercado formal como no informal, sendo esse crescimento, porém, superior no informal. Esses movimentos, no caso da população rural, estão descritos em mais detalhes nos artigos de Delgado, Saboia e Beltrão *et alii*.

3 CENÁRIO PARA O FUTURO

Se a atual situação da previdência social já é de insolvência, presume-se que seu futuro seja absolutamente catastrófico, pois o envelhecimento populacional passará

a pesar mais fortemente. As pirâmides populacionais ilustradas nos Gráficos 14 a 19 demonstram com bastante clareza o crescimento do contingente de idosos relativamente aos demais grupos populacionais. Como demonstram os gráficos, o percentual de idosos na população crescerá dos atuais 16% para cerca de 30% em 2030.

Em termos de relação de dependência previdenciária, os modelos de simulação demográficos atuariais desenvolvidos pelo IPEA/IBGE apontam para um cenário de 1,2:1 em 2030, como já mencionado. Deve-se deixar claro que não se trata de uma projeção mas de um cenário, pois, nesse caso, *caeteris paribus*, a alíquota de contribuição seria de quase 100%! Obviamente, dada a exaustão da capacidade contributiva, deduz-se que esse cenário jamais se concretizará. O Gráfico 20 ilustra cenários de necessidade e financiamento do INSS, depois da implementação de

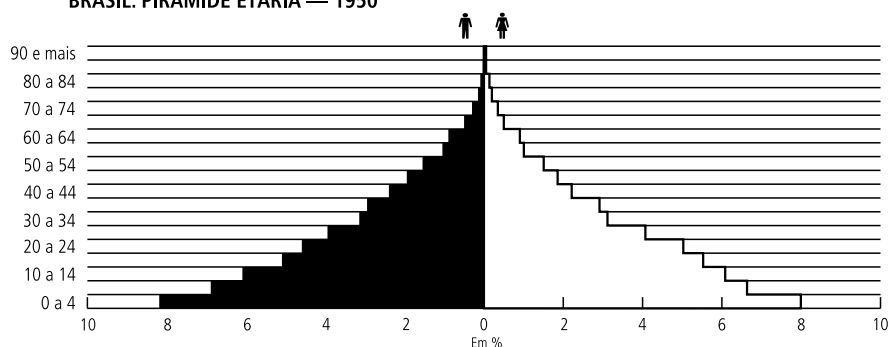
GRÁFICO 14
BRASIL: PIRÂMIDE ETÁRIA — 1950

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1950.

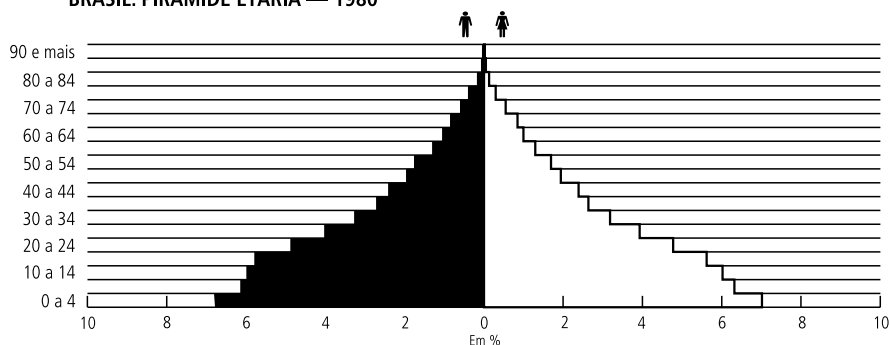
GRÁFICO 15
BRASIL: PIRÂMIDE ETÁRIA — 1980

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1980.

GRÁFICO 16
BRASIL: PIRÂMIDE ETÁRIA — 1991

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1991.

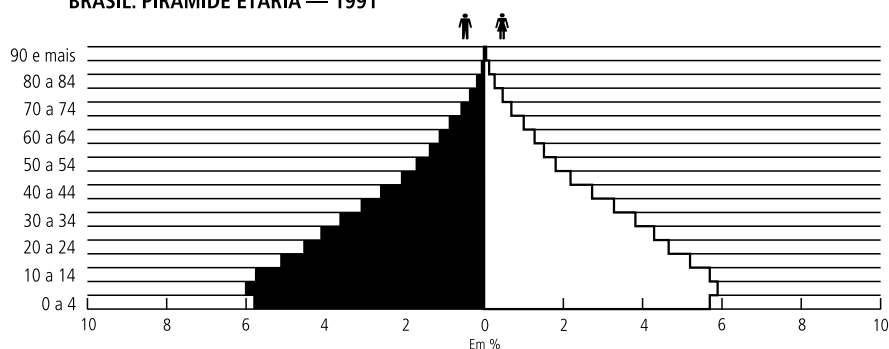



GRÁFICO 17
BRASIL: PIRÂMIDE ETÁRIA — 2000

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

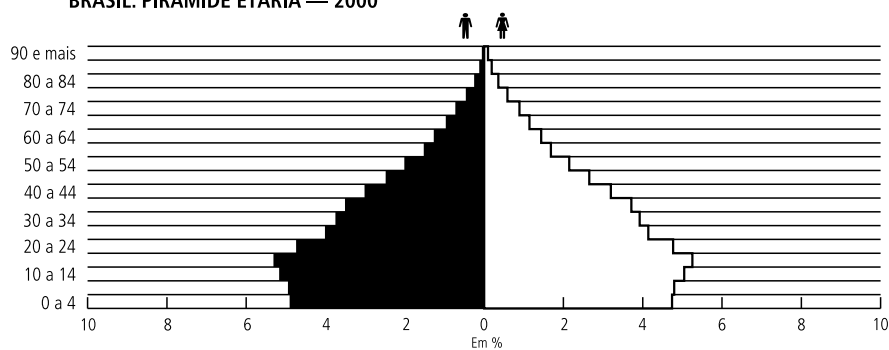



GRÁFICO 18
BRASIL: PIRÂMIDE ETÁRIA — 2010

Fonte: Modelo demográfico atuarial de projeção e simulação de reformas previdenciárias.

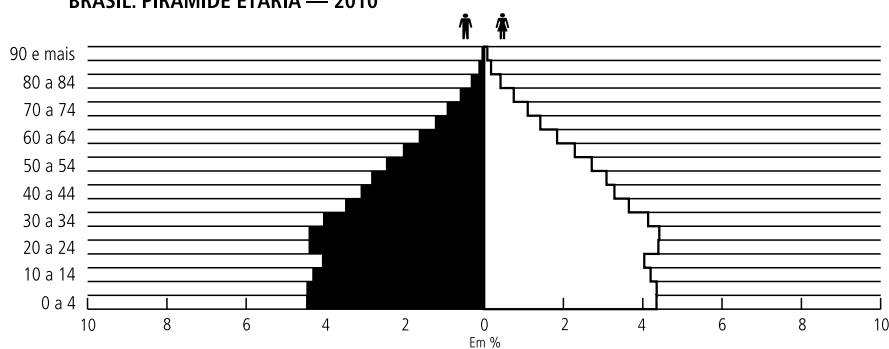



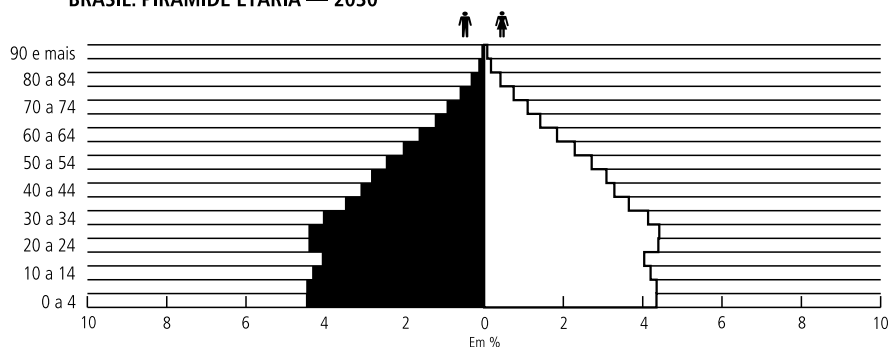
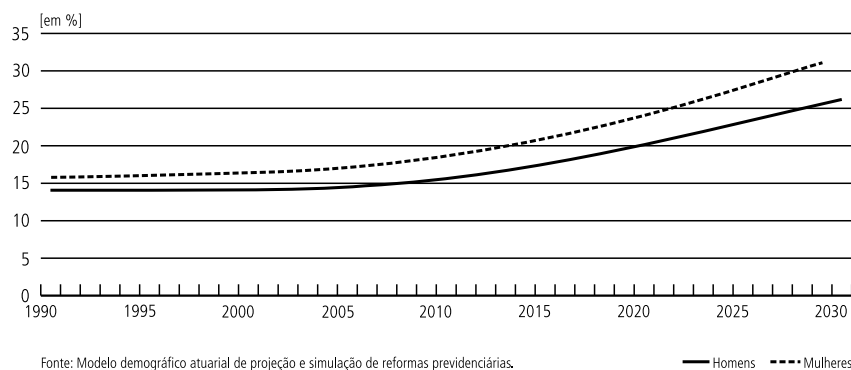
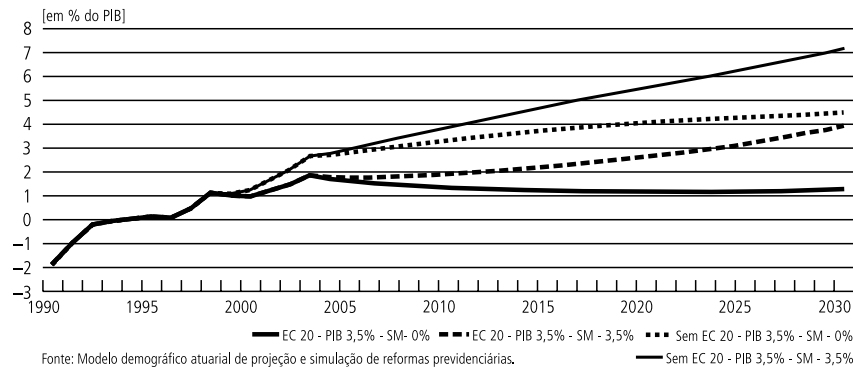
GRÁFICO 19
BRASIL: PIRÂMIDE ETÁRIA — 2030

Fonte: Modelo demográfico atuarial de projeção e simulação de reformas previdenciárias.

GRÁFICO 20
RAZÃO DE DEPENDÊNCIA: IDOSOS — 1990-2030

Fonte: Modelo demográfico atuarial de projeção e simulação de reformas previdenciárias.

todos os dispositivos previstos nas Emendas Constitucionais 20 e 41 (Reforma da Previdência). É certo, também, que esse cenário não se concretizará, pois algo necessariamente deverá ocorrer primeiro: ou uma insolvência do sistema ou uma profunda reforma.

A primeira "solução", ou seja, a insolvência e a conseqüente ruptura indiscriminada das promessas de direitos, deve ser evitada, em face dos seus tremendos custos sociais. Para muitos idosos, principalmente aqueles que perderam sua capacidade laborativa e/ou as condições de reingresso no mercado de trabalho, isso significaria simplesmente condenação à miséria. Um país que tenha respeito por sua cidadania jamais pode admitir esse tipo de desfecho. Outra forma de ruptura ainda mais dramática é o recrudescimento inflacionário — na realidade, uma forma dissimulada de confisco de direitos e aviltamento de passivos que não

GRÁFICO 21
NECESSIDADE DE FINANCIAMENTO

Fonte: Modelo demográfico atuarial de projeção e simulação de reformas previdenciárias.

podem ser honrados sem a necessidade de travar um grande debate político sobre a matéria. Como sabemos, esse "remédio" é extremamente pernicioso e também precisa ser evitado.

Resta, portanto, como única solução decente, a alternativa de repensar o modelo previdenciário brasileiro, repactuando direitos e obrigações. Trata-se de um tema politicamente espinhoso, mesmo porque os prejuízos político-eleitorais aparecem de imediato, enquanto os eventuais benefícios decorrentes do saneamento do sistema ocorrem muito gradualmente, ao longo do tempo. Mesmo assim, quando o total de promessas supera em muito as possibilidades de financiá-las, só resta esse caminho. Enquanto persistirmos na ilusão de que se pode manter um sistema perdulário e injusto como o brasileiro — que aposenta jovens em pleno gozo de seu vigor laboral — estaremos cometendo uma enorme irresponsabilidade para com os idosos deste país.

A questão fundamental é como ajustar os sistemas previdenciários em meio a transformações no ambiente econômico, político e social e nas variáveis demográficas, em sociedades com sérios problemas de desigualdade de renda, grande contingente de pessoas fora do mercado formal, baixa escolaridade e governos com sérios problemas orçamentários. As políticas previdenciárias não podem ser consideradas em separado já que fazem parte de um cenário mais amplo que envolve questões macro e micro de como elevar as taxas de crescimento, controlar a inflação e as taxas de juros, controlar as dívidas dos setores público e privado, aumentar o nível de escolaridade da população, incrementar taxas de emprego, melhorar a distribuição de renda, ampliar o setor formal da economia etc. A busca do equilíbrio é um processo contínuo de ajuste, e as mudanças devem sempre ser definidas

com um prazo razoável de transição que permita à população e às instituições tempo para reformular seus rumos diante das novas realidades e a partir de uma discussão em âmbito nacional com os principais atores envolvidos.

BIBLIOGRAFIA

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – AEPS. Brasília: MPAS, 1993,1998 e 2002.

__________. *Suplemento histórico*, 1980 a 2002. Brasília: MPAS, v. 3, p. 1-154, 2003.

BANCO MUNDIAL. *A world bank policy research report. Averting the old age crisis. Policies to protect the old and promote growth*. The World Bank Group, 1994. Acessível em: <http://worldbank.org>.

__________. *Keeping the promise of old age income security in Latin América: a regional study of social security reforms*. Washington, D.C.: Regional Studies Program, The Office of the Chief Economist Latin America and Caribbean Region, 2004.

BARROS. R. P. de, MENDONÇA, R. S. P. de. *Determinantes da desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 1995 (Texto para Discussão, 377).

BELTRÃO, K. I. *et alii. MAPS: uma versão amigável do modelo demográfico-atuarial de projeções e simulações de reformas previdenciárias do IPEA/IBGE*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000, 43p. (Texto para Discussão, 774).

BONGAARTS, J. Population aging and the rising cost of public pensions. *Populations and Development Review*, v. 30, p. 1-23, Mar. 2004.

BRASIL. MPAS. Acessível em: <http://www.mpas.gov.br>.

CASELLI, G., LOPEZ, A. D. Health and mortality among elderly populations. In: LASLETT, P. *What is old age? Variation over time and between cultures*. New York: Claridan Press, Oxford, p. 21-36, 1996.

DATAPREV. Acessível em: <http://www.dataprev.gov.br>.

IBGE. *Censo Demográfico*, 1980, 1991 e 2000.

__________. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro, 1992, 1997, 1998 e 2002. Acessível em: <http://www.ibge.gov.br>.

OLIVEIRA, F. E. B. de, BELTRÃO, K. I., FERREIRA, M. G. *Reforma da previdência*. Rio de Janeiro: IPEA, 1997, 75p. (Texto para Discussão, 508).

OLIVEIRA, F. E. B. de *et alii. Fontes de financiamento da seguridade social brasileira*. Rio de Janeiro: IPEA, 1994 (Texto para Discussão, 432).

CAPÍTULO 13

O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS DESPESAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

André Nunes
Da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA e da UniCEUB

É fato bastante conhecido a melhora significativa das condições de saúde no país, a redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade e seu impacto sobre a estrutura etária. A redução da fração jovem da população e a ampliação absoluta e relativa da população idosa produzem conseqüências de várias ordens — demográficas, socioeconômicas etc. Uma das mais importantes diz respeito às demandas de saúde.

O crescimento do número de idosos e as implicações desse crescimento na construção de um novo perfil epidemiológico de atenção à saúde, caracterizando um período de transição epidemiológica, em que enfermidades infecto-parasitárias coexistem com a elevação da prevalência de doenças crônico-degenerativas [Baer, Campino e Cavalcanti (2000)], refletem-se em mudanças na estrutura da atenção de cuidados hospitalares e na conseqüente elevação dos custos de atenção médico-hospitalar. Esse estudo investiga as prevalências de morbidade na população de 60 anos e mais, usando as internações do Sistema Único de Saúde (SUS) como *proxy*. O objetivo é traçar o perfil de morbidade hospitalar da população idosa no Brasil.

Pretende-se, também, estimar as despesas do tratamento médico-hospitalar relacionadas às principais causas de internações no SUS. Dessa forma, traçamos o perfil de morbidade hospitalar da população idosa no Brasil e uma aproximação do custo de atendimento médico-hospitalar para essa população. Outro objetivo é comparar os resultados dessa pesquisa com outra, de escopo similar, realizada em dezembro de 1999 [Nunes (1999)].

Uma das primeiras dificuldades ao lidar com o conceito de idoso é que as diferenças individuais dificultam, se não impedem, a associação do envelhecimento à idade cronológica. Esta fornece uma aproximação do processo de envelhecimento,

mas o organismo humano nem sempre respeita a idade cronológica. É freqüente encontrar pessoas "idosas" com físico e intelecto "mais jovem" e outras cronologicamente mais novas com físico e intelecto "mais envelhecido".

O envelhecimento é associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais. Então, o estar saudável deixa de ser relacionado com a idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e motivação física e psicológica para continuar na busca de novos objetivos e conquistas pessoais e familiares. Entretanto, é convencional considerar-se a existência de uma fronteira, que se situa perto dos 65 anos. Considerando-se esse corte como adequado, trabalha-se com as despesas e o perfil de morbidade das pessoas com mais de 60 anos, pois essa é a definição da Política Nacional do Idoso.

A evidência da ampliação do número de idosos aponta para transformações na direção das transferências monetárias entre gerações. Faz, também, com que o Estado assuma maior responsabilidade no financiamento dos serviços de saúde destinados a essa população. Projeções mostram que em 50 anos [UN (1999)] a estrutura etária da população brasileira será parecida com a dos países desenvolvidos, o que implica despesas crescentes no atendimento às necessidades de serviços de saúde. Para Reis (1999), o aumento da esperança de vida dos indivíduos induz a reestruturação radical na concepção das políticas de previdência e saúde.

É bem verdade que a saúde, entendida aqui como a prestação de cuidados médico-hospitalares, direcionada para atividades curativas, exigindo cada vez mais especialistas e incorporando tecnologias mais dispendiosas, tem-se tornado mais cara para todas as idades. Entretanto, as pessoas de maior idade possuem um perfil de morbidade mais dispendioso, por pelo menos três motivos: *a*) a morbidade prevalecente nessas faixas etárias é mais cara (doenças crônico-degenerativas); *b*) as taxas de internação em faixas etárias mais avançadas são mais elevadas, ou seja, essas pessoas tendem a "consumir" mais serviços de saúde [Glennerster e Matsaganis (1994)]; e *c*) o custo médio de internação de pessoas idosas é maior do que aquele observado em faixas etárias mais jovens [Rubio (1990)]. Essas três hipóteses serão investigadas neste estudo.

Monteiro (1995) constatou que as modificações nos padrões de morbidade não se comportaram de forma similar ao ocorrido com os padrões de mortalidade. Enquanto observou-se desde a década de 1930, uma queda constante nos índices de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, estas continuaram com altas taxas de prevalência e respondem por grande parte da morbidade da população,

mostrando que as recentes décadas vêm experimentando uma elevação do número de casos de tuberculose, hanseníase, malária e leishmaniose. Outro processo importante diz respeito à expansão da área de ocorrência de algumas doenças endêmicas que, associadas ao processo de urbanização e migração, tornaram-se prevalentes também em centros urbanos, além das áreas rurais onde tradicionalmente ocorriam. Esse conjunto de modificações na ocorrência das doenças transmissíveis caracteriza-se por uma tendência inversa ao verificado para os indicadores de mortalidade. Quer dizer, a queda acentuada da mortalidade pelas doenças infecciosas e parasitárias não é acompanhada de uma redução, na mesma magnitude, na morbidade por esse grupo de patologias.

A redução da letalidade de algumas doenças — provavelmente induzida por um conjunto de ações centradas nos serviços curativos de saúde — não tem sido capaz de interferir no padrão de ocorrência de determinadas doenças, pois não atua nos seus determinantes. Tal fato provoca uma dissociação cada vez maior entre o padrão de mortalidade e o de morbidade, pois nem toda enfermidade é letal. Isso faz com que os indicadores de mortalidade reflitam apenas parcialmente o perfil epidemiológico da população.

Nesse contexto, ao se mensurar o custo das internações hospitalares produziu-se uma aproximação do perfil de morbidade hospitalar da população de idosos no Brasil. A melhor forma de produzir informações sobre a morbidade é a realização de inquéritos sobre doenças específicas. Na ausência dessa informação, foi utilizado o sistema de informações sobre internação hospitalar do Ministério da Saúde — Datasus. Em 2003 foram realizadas 7,25 milhões de internações em mulheres e 4,84 milhões em homens, totalizando 12,09 milhões de internações no SUS.

A limitação do estudo é a utilização da freqüência de internações para medir custos e como *proxy* de morbidade, considerando que os grupos de procedimentos mais freqüentes estejam relacionados às principais causas de morbidade da população idosa. Essa simplificação deixa de computar as demandas por saúde que se solucionaram com atendimento ambulatorial dentro da rede SUS, as demandas atendidas fora do SUS, por meio de atenção médico-hospitalar privada ou vinculada a planos e seguros de saúde, e ainda as demandas que não se converteram em procura efetiva por cuidados médicos. Todavia, apesar de tais limitações, a *proxy* parece-nos representativa do padrão de custos e das causas de morbidade hospitalar dos idosos, tendo em vista que aproximadamente 72% da população brasileira utilizam os serviços de saúde oferecidos pelo SUS como única fonte de atenção à saúde.

Acredita-se que o conhecimento dos diferenciais epidemiológicos entre as faixas etárias e sexos pode subsidiar a elaboração de políticas públicas focalizadas,

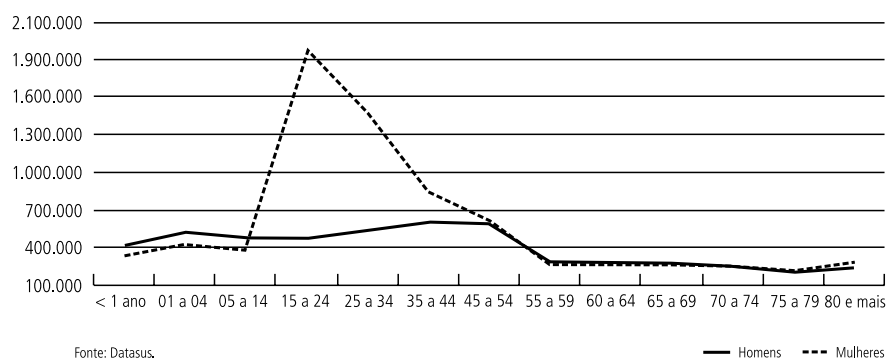
como por exemplo a criação de programas de intervenção mais intensa sobre a hipertensão arterial, que está na base de um complexo de problemas, principalmente na população idosa, que gera custos importantes nos serviços curativos e de reabilitação. A intervenção deve-se dar tanto em prevenção como em ações curativas [Barros, Piola e Solon (1996)]. Medidas que induzam a redução de custos através da “compressão da morbidade” [Fries (1983)] são fundamentais, considerando-se um ambiente de escassez de recursos onde, cada vez mais, é fundamental o conhecimento da eficácia e da efetividade do emprego dos recursos públicos.

1 AS TAXAS DE UTILIZAÇÃO

As taxas de utilização são uma boa aproximação do “consumo de serviços de saúde no SUS”. Elas foram calculadas por sexo e faixas etárias selecionadas. Refletem os diferenciais no consumo de procedimentos de internação hospitalar. Supõe-se que o consumo de procedimentos ambulatoriais, de exames clínicos e de diagnóstico se comporte por faixa etária e sexo de forma bastante parecida com o das internações.

O Gráfico 1 apresenta a freqüência total de internações no SUS no ano de 2003. Nas faixas etárias até14 anos as internações do sexo masculino são 27% maiores do que as femininas. A média de internações de homens nessas faixas é de 447 mil, enquanto para as mulheres essa média situa-se perto de 352 mil internações. Esse padrão de comportamento é alterado nas faixas etárias subseqüentes. Entre os 15 e 24 anos o número de internações de mulheres sobe para 1,93 milhão. Essa elevação é ocasionada pelo grande número de internações relacionadas aos partos normais e cesarianos. Para os homens, nessa mesma faixa etária o número permanece perto da média anterior, 446 mil internações. Na faixa

GRÁFICO 1
FREQÜÊNCIA DE INTERNAÇÕES NO SUS, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA — 2003

Fonte: Datasus.

etária subseqüente — 25 a 34 anos — , a freqüência de internações femininas declina para 1,44 milhão, valor este ainda afetado pelos procedimentos de parto. A freqüência para os homens dessa faixa etária eleva-se para 515 mil internações.

A partir dos 45 anos, verifica-se que o número de internações de homens e mulheres é similar. Entretanto, há diferenças na composição dos procedimentos de internação, que serão exploradas na Seção 3 deste trabalho. Estas revelam diferenciações nos padrões de morbidade nos grupos de idade mais avançada. O número de internações de homens é mais elevado do que o de mulheres, com exceção da última faixa etária, em que as mulheres voltam a ter números absolutos mais elevados. Entretanto, o número relativo de internações de homens, quando ponderado pela população, é sempre mais elevado que o das mulheres.

O Gráfico 2 apresenta a taxa de utilização dos serviços de saúde. Esta foi calculada como a razão entre as freqüências de internações e a população de faixa etária. A curva da taxa de utilização, por faixas etárias, mostra-se parecida com a curva de freqüência de internações até a faixa etária de 45 a 54 anos. A partir dessa faixa, fica evidente um maior consumo de internações pelo sexo masculino e o diferencial entre os sexos é crescente com a idade. Verifica-se que a taxa de utilização na faixa de 80 e mais anos é quatro vezes maior que a da faixa etária de 45 a 54 anos.

A maior utilização da rede SUS pela população masculina fica mais evidente quando se analisa a razão de sexos nas taxas de utilização apresentadas no Gráfico 3. O diferencial cresce com a idade. É consenso que o homem vive menos, não só no Brasil, como em todo mundo. É quase consensual que a mulher é mais avessa ao risco e, talvez por esse motivo, demande mais ações preventivas de saúde, quer dizer, consuma mais serviços de saúde preventivos. Essa poderia ser uma das partes das explicações da menor taxa de utilização do SUS pelo sexo feminino.

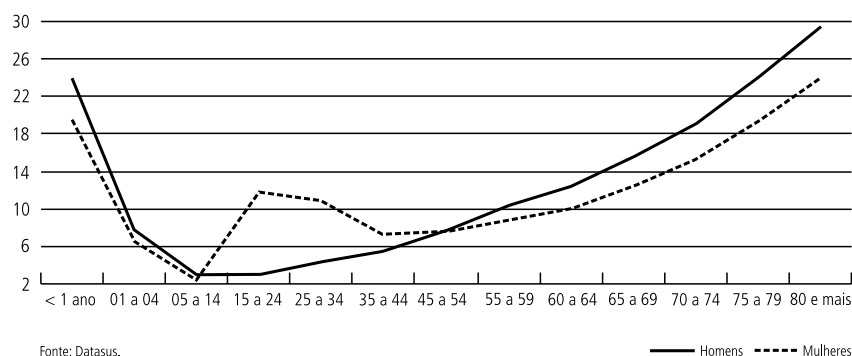
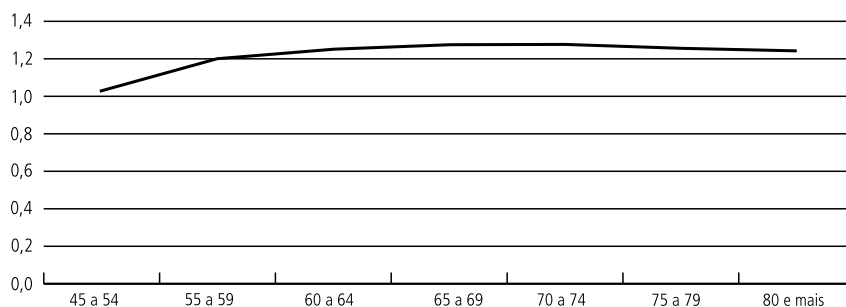
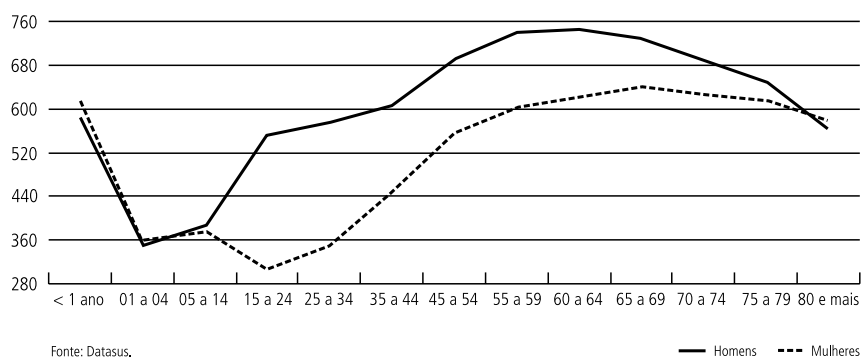
GRÁFICO 2
TAXA DE UTILIZAÇÃO NO SUS, POR FAIXA ETÁRIA — 2003

Fonte: Datasus.

GRÁFICO 3
RAZÃO DE SEXOS NAS TAXAS DE UTILIZAÇÃO DO SUS — 2003

Fonte: Datasus.

2 AS DESPESAS DO SUS COM AS INTERNAÇÕES

As despesas totais do SUS com internações no ano de 2003 foram de R$ 5.862 milhões, dos quais R$ 3.064 milhões gastos com internações de mulheres e R$ 2.798 milhões com internações de homens. O Gráfico 4 apresenta o custo médio (despesa total por faixa etária/número de internações em cada faixa) das internações.[1] Até os 14 anos não se observam diferenças significativas nos custos por sexos. Na primeira faixa etária, até 1 ano, verifica-se um custo médio elevado de aproximadamente R$ 600. Nas duas faixas seguintes o custo cai para aproximadamente R$ 350.

A partir da faixa etária de 15 a 24 anos, os custos com internações do sexo masculino são mais elevados, com exceção do grupo etário de 80 anos e mais. Nota-se um grande diferencial de custos nas faixas etárias correspondentes ao

GRÁFICO 4
CUSTO MÉDIO DAS INTERNAÇÕES NO SUS, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA — 2003

Fonte: Datasus.

1. Utiliza-se, para efeito deste trabalho, custo como sinônimo de despesas.

período reprodutivo da mulher, o que pode ser devido ao elevado volume de partos normais. Esse é um procedimento de custo reduzido, que faz com que os custos médios sejam "puxados" para baixo.

Os custos médios da população masculina crescem até a faixa etária de 60 a 64 anos, quando atinge a R$ 737, tornando-se decrescentes a partir daí. Quanto às mulheres, a faixa etária em que se dá a inflexão de custos (R$ 634) é a de 65 a 69 anos. Interessante notar que o custo médio da faixa etária de 80 e mais anos (R$ 555 para homens e R$ 572 para mulheres) é significativamente inferior aos custos médios observados para a faixa de 55 a 59 anos (R$ 733 para homens e R$ 594 para mulheres). Uma provável explicação para essa queda de custos é a redução da eficácia, de certos procedimentos mais onerosos, para os grupos etários de idade mais avançada. Esses grupos, provavelmente, responderiam qualitativamente menos, pois possuem uma condição de saúde mais frágil.

Esse resultado mostra que, pelo menos no que se refere aos serviços oferecidos pelo SUS, não se verifica a hipótese de que os custos médios dos procedimentos realizados em idosos sejam mais caros do que aqueles das idades mais jovens. A elevação das despesas com saúde dos idosos não é explicada pela elevação dos custos dos procedimentos e, sim, pela freqüência, ou seja, pelo consumo mais elevado destes. Medidas de saúde pública que objetivem melhorar a qualidade da atenção à saúde dos idosos, sem com isso necessariamente aumentar os gastos, devem priorizar a redução do número de internações. Uma alternativa são as medidas de promoção a saúde, melhora na qualidade de cada atendimento, de forma que o paciente volte menos vezes ao hospital. Alternativas concretas para realização deste objetivo podem ser os programas de saúde em casa e a internação domiciliar.

3 O CUSTO DAS INTERNAÇÕES POR FAIXAS ETÁRIAS

O ponto central nessa parte do trabalho é levantar informações que possibilitem a análise dos custos e uma aproximação do perfil de morbidade hospitalar para os idosos. Considerando que a fronteira entre envelhecimento e idade cronológica é de difícil precisão, optou-se por analisar as principais causas de internação e seus respectivos custos, por sexo e por faixas etárias qüinqüenais, a partir dos 60 anos.

A metodologia adotada foi "rankear" os 12 procedimentos mais freqüentes, entre 2.340 procedimentos relacionados pelo SUS. Na maioria dos casos foram registrados os procedimentos individualmente. Entretanto, em alguns casos, optou-se por apresentar não apenas um procedimento, mas uma soma de dois ou três procedimentos, por serem indicativos de morbidades que se assemelhavam. Por exemplo, insuficiência cardíaca e coronariana é o somatório das internações por

insuficiência cardíaca e insuficiência coronariana aguda; doenças pulmonares são o somatório de doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia em adulto e insuficiência respiratória aguda; e desnutrição, desidratação e anemia são o somatório de desnutrição (clínica médica), desidratação aguda (clínica médica) e anemia carencial. Para efeito deste estudo foram excluídos os procedimentos de internação em psiquiatria.

3.1 Procedimentos de Internação na Faixa Etária de 60 a 64 Anos

Os procedimentos de maior freqüência para as mulheres na faixa etária de 60 a 64 anos são a insuficiência cardíaca e coronariana, as doenças pulmonares e a crise hipertensiva. Os procedimentos relacionados na Tabela 1 representam 44% de todos os procedimentos realizados e são responsáveis por 23% das despesas do SUS para essa faixa etária.[2]

TABELA 1
PROCEDIMENTOS PARA O SEXO FEMININO NA FAIXA ETÁRIA DE 60 A 64 ANOS: CUSTOS E ÓBITOS ASSOCIADOS — 2003

Procedimentos	Freqüência	%	Valor (mil reais)	%	Custo médio	Óbitos
Insuficiência cardíaca e coronariana	24.431	10,21	12.386,39	8,38	506,99	1.235
Doenças pulmonares	23.322	9,75	8.915,60	6,03	382,28	1.573
Crise hipertensiva	9.129	3,81	1.406,85	0,95	154,11	68
Enteroinfecções	9.101	3,80	1.778,96	1,20	195,47	63
Diabetes sacarino	8.921	3,73	2.640,11	1,79	295,94	347
AVC agudo	8.682	3,63	4.093,65	2,77	471,51	1.221
Colecistectomia	6.047	2,53	3.547,42	2,40	586,64	39
Crise asmática	5.763	2,41	1.884,59	1,27	327,02	39
Desnutrição, desidratação e anemia	4.628	1,93	1.094,09	0,74	236,41	474
Intercorrência em paciente oncológico	4.025	1,68	1.451,19	0,98	360,54	947
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento	3.637	1,52	210,09	0,14	57,76	182
Colpoperineoplastia	2.987	1,25	985,55	0,67	329,95	2
Outros	128.840	53,84	107.825,00	72,94	836,89	5.570
Total	239.297	100,00	147.825,09	100,00	617,75	11.760

Fonte: Datasus.

2. Como mencionado, optou-se por excluir os procedimentos de internação em psiquiatria que, caso incluídos, assumiriam a terceira posição com uma freqüência de 13.596 casos.

As insuficiências cardíacas e coronarianas aparecem como procedimentos mais dispendiosos, seguidos das doenças pulmonares. A angioplastia coronariana, embora não apareça entre os 12 procedimentos de maior freqüência, acarreta gastos de R$ 8,70 milhões, com custo médio de R$ 5.003. O terceiro e quarto tratamentos mais dispendiosos, entre os mais freqüentes, são o AVC agudo, com custo médio de R$ 471 e a colecistectomia, com custo médio de R$ 586. Existem outros procedimentos de custo médio bastante elevado, como o implante de marca-passos — entre R$ 7 mil e R$ 30 mil — e os transplantes, como o de fígado, com valores unitários de R$ 52 mil. Quanto à freqüência de óbitos, os procedimentos que se destacam são: a insuficiência cardíaca e coronariana, as doenças pulmonares e o AVC agudo, que juntos representam mais de 17% das causas de morte para essa faixa etária.

A Tabela 2 apresenta os procedimentos mais freqüentes para o sexo masculino, representando 45% dos casos. Novamente, foram excluídos os procedimentos de internação em psiquiatria, que assumiriam a terceira posição com freqüência de 17.693 casos. Observa-se que embora as mulheres sejam mais numerosas nessa

TABELA 2
PROCEDIMENTOS PARA O SEXO MASCULINO NA FAIXA ETÁRIA DE 60 A 64 ANOS: CUSTOS E ÓBITOS ASSOCIADOS — 2003

Procedimentos	Freqüência	%	Valor (mil reais)	%	Custo médio	Óbitos
Insuficiência cardíaca e coronariana	27.562	10,57	14.581,11	7,59	529,03	1.401
Doenças pulmonares	26.571	10,19	10.557,48	5,49	397,33	2.377
AVC agudo	11.407	4,37	5.666,45	2,95	496,75	1.661
Herniografia inguinal	8.207	3,15	2.927,28	1,52	356,68	7
Crise hipertensiva	6.248	2,40	1.027,88	0,53	164,51	92
Desnutrição, desidratação e anemia	6.185	2,37	1.094,09	0,57	176,89	474
Enteroinfecções	5.760	2,21	1.143,05	0,59	198,45	69
Intercorrência em paciente oncológico	5.119	1,96	1.835,92	0,96	358,65	1.272
Diabetes sacarino	5.044	1,93	1.597,09	0,83	316,63	263
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento	4.420	1,70	260,39	0,14	58,91	283
Crise asmática	4.279	1,64	1.387,02	0,72	324,15	34
Hemorragias digestivas	4.214	1,62	1.606,17	0,84	381,15	386
Outros	145.750	55,89	148.490,36	77,27	1.018,80	8.085
Total	260.766	100,00	192.174,28	100,00	736,96	16.404

Fonte: Datasus.

faixa etária, o número de internações de homens (260 mil) é superior ao das mulheres (239 mil). Essa constatação é bastante interessante e mostra uma reversão do observado na idade adulta, em que as internações de mulheres são sempre mais freqüentes. Pode-se supor que as mulheres, de modo geral, possuem um comportamento mais preventivo, buscando atenção à saúde em idades mais jovens, ao contrário do homem, que parece ter uma menor preocupação com a prevenção.

Os dois procedimentos mais freqüentes são similares aos do sexo feminino: insuficiência cardíaca e coronariana e as doenças pulmonares. O AVC agudo, sexto no *ranking* das mulheres, sobe para terceiro no grupo masculino. Quer dizer, a partir do terceiro procedimento as freqüências se alternam, e no grupo masculino surgem dois procedimentos não presentes no feminino: as herniografias inguinais e as hemorragias digestivas.

O grupo de procedimento mais dispendioso são as insuficiências cardíacas e coronarianas, com despesas de R$ 14,58 milhões e freqüência de 27.562. As doenças pulmonares e o AVC agudo são os próximos procedimentos em termos de custos totais para essa faixa etária.

Os quatro grupos de procedimentos em que a freqüência de óbitos é mais elevada são: doenças pulmonares, AVC agudo, insuficiência cardíaca e coronariana e intercorrência em paciente oncológico.

3.2 Procedimentos de Internação na Faixa Etária de 65 a 69 Anos

Para o sexo feminino, nessa faixa etária, os 12 procedimentos mais freqüentes representam 50% dos casos de internação e 30% das despesas (Tabela 3). As insuficiências cardíacas e coronarianas passam a representar quase 10% dos casos. Os dois grupos mais freqüentes permanecem os mesmos da faixa etária inferior. O terceiro procedimento mais comum passa a ser o AVC agudo seguido da crise hipertensiva. Os demais procedimentos permanecem os mesmos, mudando apenas sua posição no *ranking*.

Os procedimentos totais mais dispendiosos são a insuficiência cardíaca e coronariana, as doenças pulmonares e o AVC agudo. Comparado com a faixa etária imediatamente inferior, os custos médios se elevam de R$ 617,75 para R$ 634,10, revelando uma tendência de crescimento .

O número absoluto de óbitos, em comparação à faixa etária imediatamente inferior, cresce de 11.760 para 13.982, cerca de 19%. As três principais causas de óbitos: as doenças pulmonares, o AVC e a insuficiência cardíaca e coronariana.

TABELA 3
PROCEDIMENTOS PARA O SEXO FEMININO NA FAIXA ETÁRIA DE 65 A 69 ANOS: CUSTOS E ÓBITOS ASSOCIADOS — 2003

Procedimentos	Freqüência	%	Valor (mil reais)	%	Custo médio	Óbitos
Insuficiência cardíaca e coronariana	28.430	12,06	14.398,93	9,64	506,47	1.523
Doenças pulmonares	26.590	11,28	10.353,95	6,93	389,39	2.051
AVC agudo	10.834	4,60	5.247,51	3,51	484,36	1.643
Crise hipertensiva	9.158	3,89	1.443,03	0,97	157,57	94
Diabetes sacarino	8.945	3,80	2.729,28	1,83	305,12	420
Enteroinfecções	8.910	3,78	1.754,68	1,17	196,93	87
Crise asmática	5.098	2,16	1.668,84	1,12	327,35	38
Desnutrição, desidratação e anemia	4.814	2,04	1.143,69	0,77	237,58	482
Colecistectomia	4.719	2,00	2.818,95	1,89	597,36	964
Intercorrência em paciente oncológico	4.052	1,72	1.449,37	0,97	357,69	867
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento	3.613	1,53	196,34	0,13	54,34	213
Hemorragias digestivas	2.849	1,21	1.080,84	0,72	379,38	238
Outros	117.629	49,92	105.134,69	70,36	893,78	5.362
Total	235.641	100,00	149.419,89	100,00	634,10	13.982

Fonte: Datasus.

A Tabela 4 apresenta os 12 procedimentos mais freqüentes para os homens de 65 aos 69 anos. Esses procedimentos representam 49% de todas as ocorrências no SUS para essa faixa etária. Os cinco primeiros procedimentos são idênticos ao da faixa etária imediatamente inferior, ocorrendo apenas uma alternância entre o primeiro e o segundo lugar. A freqüência total de internações do grupo masculino (250 mil) continua sendo mais elevada do que a de mulheres (235 mil), não obstante nessa faixa etária haver mais mulheres que homens. Esse fato ratifica a idéia de que os homens não apenas morrem mais cedo que as mulheres, mas também adoecem proporcionalmente mais que estas. Em outras palavras, podemos afirmar que quanto aos padrões de morbidade ao envelhecer o homem é o sexo frágil.

Somados, as doenças pulmonares, a insuficiência cardíaca e coronariana e o AVC agudo respondem por 19% do total de custos dessa faixa etária. É interessante notar que os custos médios passam a decrescer, reduzindo-se de R$ 736,96 na faixa etária imediatamente inferior para R$ 722,02 nessa faixa. É provável que, com o avanço da idade, alguns procedimentos mais dispendiosos, como trans-

TABELA 4
PROCEDIMENTOS PARA O SEXO MASCULINO NA FAIXA ETÁRIA DE 65 A 69 ANOS: CUSTOS E ÓBITOS ASSOCIADOS — 2003

Procedimentos	Freqüência	%	Valor (mil reais)	%	Custo médio	Óbitos
Doenças pulmonares	31.456	12,54	12.619,55	6,97	401,18	3.174
Insuficiência cardíaca e coronariana	29.862	11,90	15.585,33	8,60	521,91	1.747
AVC agudo	12.938	5,16	6.499,25	3,59	502,34	2.013
Herniografia inguinal	7.221	2,88	2.592,25	1,43	358,99	3
Crise hipertensiva	6.134	2,45	981,74	0,54	160,05	85
Enteroinfecções	5.531	2,20	1.115,08	0,62	201,61	83
Desnutrição, desidratação e anemia	5.467	2,18	1.372,33	0,76	251,02	708
Intercorrência em paciente oncológico	5.147	2,05	1.844,94	1,02	358,45	1.278
Diabetes sacarino	4.637	1,85	1.490,51	0,82	321,44	294
Ressecção endoscópica de próstata	4.389	1,75	2.441,38	1,35	556,25	10
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento	4.160	1,66	250,20	0,14	60,14	283
Crise asmática	4.112	1,64	1.342,90	0,74	326,58	50
Outros	129.806	51,74	132.990,06	73,42	1.024,53	8.772
Total	250.860	100,00	181.125,53	100,00	722,02	18.500

Fonte: Datasus.

plantes, sejam proporcionalmente menos utilizados, o que pode gerar uma redução dos custos médios. Parece, então, que a elevação de custos de internação dos pacientes idosos, pelo menos no SUS, não ocorre. O que faz com que, a partir de determinada idade, o custo de tratamento dos idosos seja mais dispendioso é a sua maior freqüência. Quer dizer, os custos de saúde com idosos são mais elevados porque a freqüência de morbidade é mais elevada. Os idosos tendem a *consumir* mais saúde.

O número de óbitos, comparado às ocorrências da faixa etária de 60 a 64 anos, cresce de 16.404 para 18.500, aproximadamente 10%. O crescimento dos óbitos femininos foi relativamente maior. As causas de morte mais freqüentes são: as doenças pulmonares, o AVC agudo e a insuficiência cardíaca e coronariana. São as mesmas grandes causas observadas para a população feminina.

3.3 Procedimentos de Internação na Faixa Etária de 70 a 74 Anos

A Tabela 5 apresenta os 12 procedimentos mais comuns para as mulheres na faixa etária de 70 a 74 anos. Esses procedimentos representam 54% do total de

TABELA 5
PROCEDIMENTOS PARA O SEXO FEMININO NA FAIXA ETÁRIA DE 70 A 74 ANOS: CUSTOS E ÓBITOS ASSOCIADOS — 2003

Procedimentos	Freqüência	%	Valor (mil reais)	%	Custo médio	Óbitos
Insuficiência cardíaca e coronariana	31.205	13,78	15.727,93	11,22	504,02	1.896
Doenças pulmonares	28.699	12,67	11.206,53	8,00	390,49	2.483
AVC agudo	12.434	5,49	5.995,80	4,28	482,21	2.084
Enteroinfecções	8.876	3,92	1.773,91	1,27	199,85	114
Crise hipertensiva	8.578	3,79	1.339,18	0,96	156,12	108
Diabetes sacarino	8.323	3,67	2.551,38	1,82	306,55	529
Desnutrição, desidratação e anemia	5.566	2,46	1.296,30	0,92	232,90	600
Crise asmática	4.880	2,15	1.602,52	1,14	328,39	48
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento	3.701	1,63	206,32	0,15	55,75	230
Intercorrência em paciente oncológico	3.481	1,54	1.233,69	0,88	354,41	867
Colecistectomia	3.200	1,41	1.979,18	1,41	618,49	56
Hemorragias digestivas	2.979	1,32	1.110,32	0,79	372,72	287
Outros	104.591	46,17	94.132,55	67,16	900,01	6.829
Total	226.513	100,00	140.155,61	100,00	618,75	16.131

Fonte: Datasus.

internações do SUS nesse grupo etário. Os três procedimentos mais freqüentes continuam sendo a insuficiência cardíaca e coronariana — que passa a ser responsável por 14% das ocorrências — , as doenças pulmonares e o AVC agudo. Juntos, apenas esses três procedimentos representam 32% das internações nessa faixa etária. As enteroinfecções, que eram o sexto procedimento mais freqüente entre as idosas de 65 a 69 anos, assumem o quarto lugar entre as idosas de 70 a 74 anos.

As insuficiências cardíacas e coronarianas são os procedimentos de custo total mais elevado — R$ 15,72 milhões — para as idosas desse grupo de idade. São seguidas das doenças pulmonares e do AVC agudo. Assim, como ocorreu em relação aos homens de 60 a 64 anos, observa-se uma redução dos custos médios de R$ 634,10 para R$ 618,75, ratificando a idéia de custos decrescentes com a elevação da idade do paciente.

A freqüência absoluta de óbitos cresce de 13.982 para 16.131, uma elevação de 15%. As causas mais freqüentes são: as doenças pulmonares, o AVC agudo e a insuficiência cardíaca e coronariana.

Para os homens, a Tabela 6 mostra que as três primeiras causas de internação mais comuns são as mesmas que as do sexo feminino, apenas com uma inversão do primeiro e segundo lugares. O quarto lugar é assumido pelo grupo desnutrição, desidratação e anemia com freqüência de 6.136 casos, revelando a maior fragilidade física dos homens desse grupo etário. Os 12 procedimentos relacionados na Tabela 6 correspondem a 53% do total de internações de homens desse grupo etário realizadas pelo SUS.

Os custos médios dos procedimentos continuam na sua trajetória descendente por idade, reduzem-se de R$ 722,02 para R$ 682,34. É interessante notar que em todas as faixas etárias as despesas médias com o sexo masculino são superiores àquelas com mulheres. Os três procedimentos mais dispendiosos continuam sendo: insuficiência cardíaca e coronariana, doenças pulmonares e AVC agudo que, juntos, representam 23% das despesas nessa faixa etária. Ressalta-se que há diversos procedimentos que representam custos elevados e que não se encontram nas tabelas, pois se optou por ordenar os procedimentos pelas suas freqüências e não pelos seus valores. O caso das angioplastias é um bom exemplo, em que as

TABELA 6
PROCEDIMENTOS PARA O SEXO MASCULINO NA FAIXA ETÁRIA DE 70 A 74 ANOS: CUSTOS E ÓBITOS ASSOCIADOS — 2003

Procedimentos	Freqüência	%	Valor (mil reais)	%	Custo médio	Óbitos
Doenças pulmonares	34.172	14,68	13.771,79	8,67	403,01	3.600
Insuficiência cardíaca e coronariana	30.709	13,19	15.830,59	9,97	515,50	2.020
AVC agudo	13.610	5,85	6.595,09	4,15	484,58	2.302
Desnutrição, desidratação e anemia	6.136	2,64	1.533,44	0,97	249,91	879
Enteroinfecções	5.833	2,51	1.174,45	0,74	201,35	114
Crise hipertensiva	5.690	2,44	926,75	0,58	162,87	93
Herniografia inguinal	5.601	2,41	2.019,25	1,27	360,52	11
Intercorrência em paciente oncológico	4.621	1,98	1.652,82	1,04	357,68	1.174
Ressecção endoscópica de próstata	4.232	1,82	2.365,44	1,49	558,94	18
Diabetes sacarino	4.204	1,81	1.332,51	0,84	316,96	300
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento	3.947	1,70	217,66	0,14	55,15	312
Crise asmática	3.863	1,66	1.269,12	0,80	328,53	40
Outros	110.178	47,33	110.156,40	69,35	999,80	8.902
Total	232.796	100,00	158.845,34	100,00	682,34	19.765

Fonte: Datasus.

despesas totais atingem R$ 10,5 milhões, com um custo médio de R$ 4.980. Outro exemplo é a revascularização miocárdica, que possui um custo médio de R$ 7.400.

Entre os homens, novamente, as três principais causas de óbitos são as doenças pulmonares, o AVC agudo e as insuficiências cardíacas e coronarianas. Essas três causas representam 40% do total de óbitos dessa faixa etária. Essa estrutura de óbitos é similar àquela das mulheres, com pequenas inversões. Já a freqüência absoluta de óbitos masculinos é sempre superior à dos femininos.

3.4 Procedimentos de Internação na Faixa Etária de 75 a 79 Anos

Os procedimentos mais freqüentes nas mulheres de 75 a 79 anos, de acordo com a Tabela 7, representam 54% das internações desse grupo etário. A estrutura de morbidade para essa faixa é bastante similar à da anterior. As diferenças aparecem apenas na décima causa de internação, sugerindo um padrão de morbidade não muito afetado pela idade.

TABELA 7
PROCEDIMENTOS PARA O SEXO FEMININO NA FAIXA ETÁRIA DE 75 A 79 ANOS: CUSTOS E ÓBITOS ASSOCIADOS — 2003

Procedimentos	Freqüência	%	Valor (mil reais)	%	Custo médio	Óbitos
Insuficiência cardíaca e coronariana	28.681	14,93	14.390,72	12,33	501,75	4.360
Doenças pulmonares	26.957	14,03	10.634,59	9,11	394,50	2.891
AVC agudo	12.209	6,36	5.839,08	5,00	478,26	2.268
Enteroinfecções	7.689	4,00	1.543,48	1,32	200,74	136
Crise hipertensiva	6.835	3,56	1.087,48	0,93	159,10	108
Diabetes sacarino	6.461	3,36	2.043,59	1,75	316,30	764
Desnutrição, desidratação e anemia	5.662	2,95	1.336,85	1,15	236,11	629
Crise asmática	3.694	1,92	1.214,23	1,04	328,70	58
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento	3.210	1,67	166,18	0,14	51,77	258
Hemorragias digestivas	2.702	1,41	1.015,41	0,87	375,80	307
Intercorrência em paciente oncológico	2.655	1,38	945,41	0,81	356,09	719
Cuidados prolongados	2.278	1,19	3.857,32	3,30	1.693,29	149
Outros	83.089	43,26	72.655,87	62,24	874,43	4.190
Total	192.089	100,00	116.730,21	100,00	607,69	16.837

Fonte: Datasus.

O somatório dos custos dos procedimentos mais freqüentes atinge 38% das despesas do SUS com essa faixa etária. Os custos médios continuam declinando, de R$ 618,75 para R$ 607,69. Os três procedimentos mais dispendiosos também são os mesmos da faixa etária inferior: insuficiência cardíaca e coronariana, doenças pulmonares e AVC agudo. O total de óbitos cresce de 16.131 para 16.837 óbitos. As causas mais freqüentes são: a insuficiência cardíaca, as doenças respiratórias, que assumem o segundo lugar, e os AVCs agudos, que passam para a terceira posição. As causas de morte relacionadas aos 12 procedimentos mostradas na Tabela 7 são responsáveis por 75% dos óbitos nesse grupo etário.

A Tabela 8 apresenta as oito primeiras causas de internações dos homens de 75 a 79 anos. Essas são idênticas à faixa etária anterior, revelando também uma certa independência da idade nas causas de morbidade para o sexo masculino. Somados, esses procedimentos mais freqüentes são responsáveis por 56% das internações do SUS desse grupo de idade. Novamente, observa-se uma redução nos custos médios de R$ 682,34 para R$ 642,32. Os custos médios dos procedimentos masculinos também continuam, como em toda série, superiores aos custos médios

TABELA 8

PROCEDIMENTOS PARA O SEXO MASCULINO NA FAIXA ETÁRIA DE 75 A 79 ANOS: CUSTOS E ÓBITOS ASSOCIADOS — 2003

Procedimentos	Freqüência	%	Valor (mil reais)	%	Custo médio	Óbitos
Doenças pulmonares	30.512	16,35	12.245,47	10,22	401,33	3.806
Insuficiência cardíaca e coronariana	26.654	14,28	13.671,92	11,41	512,94	2.050
AVC agudo	12.007	6,43	5.843,46	4,88	486,67	2.203
Desnutrição, desidratação e anemia	5.818	3,12	1.444,94	1,21	248,36	864
Enteroinfecções	5.428	2,91	1.098,94	0,92	202,46	113
Crise hipertensiva	4.451	2,39	721,52	0,60	162,10	86
Herniografia inguinal	3.578	1,92	1.287,56	1,07	359,86	8
Intercorrência em paciente oncológico	3.330	1,78	1.210,28	1,01	363,45	850
Crise asmática	3.259	1,75	1.066,25	0,89	327,17	43
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento	3.216	1,72	173,28	0,14	53,88	270
Ressecção endoscópica de próstata	3.172	1,70	1.780,09	1,49	561,19	21
Hemorragias digestivas	3.165	1,70	1.178,39	0,98	372,32	371
Outros	82.009	43,95	78.134,37	65,19	952,75	7.715
Total	186.599	100,00	119.856,48	100,00	642,32	18.400

Fonte: Datasus.

dos procedimentos para as mulheres. Os três procedimentos mais dispendiosos são: a insuficiência cardíaca e coronariana, as doenças pulmonares e o AVC agudo, com custos totais de R$ 13,67 milhões, R$ 12,24 milhões e R$ 5,8 milhões, respectivamente. Outros procedimentos de freqüência muito mais reduzida são também representativos em termos de despesas totais, como a angioplastia, que com apenas 1.257 casos representa um custo total de R$ 6,3 milhões, a um custo médio de R$ 5.016 por procedimento.

Os procedimentos que mais causaram óbitos são os mesmos da faixa etária imediatamente inferior. Insuficiência cardíaca e coronariana, AVC agudo e doenças respiratórias representam 26% de toda mortalidade hospitalar nessa faixa etária. O total do número de óbitos tem uma redução absoluta de 19.765 para 18.400, entretanto considerando a população menor nessa faixa etária, o número relativo se eleva. Os 12 procedimentos relacionados respondem por 58% das causas de óbitos nessa faixa etária.

3.5 Procedimentos de Internação na Faixa Etária de 80 e mais Anos

A Tabela 9 apresenta os procedimentos mais comuns para as mulheres na faixa etária de 80 e mais anos. Esses procedimentos representam 63% do total de internações do SUS para essa faixa etária. Os três procedimentos mais freqüentes continuam sendo os mesmos, invertendo-se sua ordem de freqüência: as doenças pulmonares assumem o primeiro lugar, com 16,60% das ocorrências, seguidas das insuficiências cardíacas e coronarianas com 15,72% e dos AVCs agudos com 7,2% dos casos.

O quarto lugar passa a ser ocupado pelo grupo desnutrição, desidratação e anemia, com freqüência de 11.480, o que revela a maior fragilidade desse grupo etário, quando comparado com a faixa imediatamente inferior. Aparece pela primeira vez, em nono lugar, o procedimento de cirurgia de fratura transtrocanteriana, que tende a crescer quanto mais elevada é a idade do paciente. Se somarmos a esse grupo o tratamento cirúrgico na articulação coxofemoral (1.483 casos), ele assumirá o sétimo lugar. É bastante provável que esse elevado número de casos de fraturas em membros inferiores seja ocasionado pela osteoporose, enfermidade de certa prevalência em mulheres idosas. O número absoluto de casos nessa faixa etária, quando comparada com a imediatamente inferior, sobe de 192 mil para 262 mil procedimentos.

As insuficiências cardíacas e coronarianas são os procedimentos de custo total mais elevado, R$ 20,4 milhões, seguidas das doenças pulmonares com despesas de R$ 17,6 milhões. O custo médio continua decrescente de R$ 607,69 (na faixa

TABELA 9
PROCEDIMENTOS PARA O SEXO FEMININO NA FAIXA ETÁRIA DE 80 E MAIS ANOS: CUSTOS E ÓBITOS ASSOCIADOS — 2003

Procedimentos	Freqüência	%	Valor (mil reais)	%	Custo médio	Óbitos
Doenças pulmonares	43.589	16,60	17.621,30	11,74	404,26	7.426
Insuficiência cardíaca e coronariana	41.296	15,72	20.418,17	13,60	494,43	4.360
AVC agudo	18.898	7,20	8.874,92	5,91	469,62	4.289
Desnutrição, desidratação e anemia	11.480	4,37	2.692,11	1,79	234,50	1.744
Enteroinfecções	11.262	4,29	2.289,20	1,52	203,27	353
Crise hipertensiva	7.649	2,91	1.221,61	0,81	159,71	197
Diabetes sacarino	6.348	2,42	2.030,08	1,35	319,80	764
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento	4.839	1,84	243,73	0,16	50,37	534
Cirurgia de fratura transtrocanteriana	4.734	1,80	7.166,02	4,77	1.513,73	166
Cuidados prolongados	4.644	1,77	7.793,37	5,19	1.678,16	346
Hemorragias digestivas	4.442	1,69	1.637,96	1,09	368,74	641
Crise asmática	4.345	1,65	1.433,14	0,95	329,84	119
Outros	99.106	37,74	76.716,10	51,10	774,08	12.332
Total	262.632	100,00	150.137,72	100,00	571,67	33.271

Fonte: Datasus.

etária de 75 a 79 anos) para R$ 571,67 nessa faixa etária. O custo médio, da mesma forma que ocorreu desde a faixa dos 55 a 60 anos, apresenta-se decrescente, ratificando a idéia de que os procedimentos têm um limite unitário de custo e que a elevação das despesas ocorre pelo maior consumo de procedimentos dos grupos mais idosos.

A freqüência absoluta de óbitos cresce de 16.837 para 33.271, sendo as três causas mais freqüentes as mesmas da faixa etária imediatamente inferior. As 12 causas mais freqüentes de internação explicam 63% dos óbitos nessa faixa etária, permanecendo as três principais causas de mortalidade as doenças pulmonares, a insuficiência cardíaca e coronariana e o AVC agudo.

Interessante notar a alta freqüência do grupo de procedimento desnutrição, desidratação e anemia, com 11.480 ocorrências e com um número de 1.744 óbitos. O elevado número de óbitos por desnutrição demonstra que muitos pacientes idosos não recebem as necessidades calóricas diárias adequadas. Pesquisadores da Universidade de Arkansas, nos Estados Unidos, acompanharam 500 pacientes idosos, no período de 1994-1997 [ver Sullivan, Sun e Walls (1999)]. O resultado da pesquisa mostrou que cerca de 100 pacientes (21%) receberam menos de 50%

de suas necessidades energéticas. Observou-se, ainda, que esse grupo, quando comparado ao grupo que recebeu nutrição mais adequada, apresentou risco cerca de oito vezes maior de mortalidade intra-hospitalar e três vezes maior de mortalidade nos três meses após a alta. Ao que tudo indica, a desnutrição além de ser uma causa relevante de óbito nessa faixa etária, pode estar colaborando para a elevação dos índices de mortalidade. Nesse caso, parece-nos interessante a criação de ações preventivas que orientem a dieta dos pacientes idosos, visando à manutenção adequada dos níveis nutricionais.

Para os homens, observa-se que as seis primeiras causas de internação mais comuns são as mesmas do sexo feminino, sendo o padrão de freqüência bastante parecido com a faixa etária masculina imediatamente inferior. Surgem duas causas de internações novas: a pielonefrite e as afecções do aparelho urinário. Os 12 procedimentos relacionados na Tabela 10 correspondem a 62% do total de internações realizadas pelo SUS para a faixa etária de 80 e mais anos.

TABELA 10
PROCEDIMENTOS PARA O SEXO MASCULINO NA FAIXA ETÁRIA DE 80 E MAIS ANOS: CUSTOS E ÓBITOS ASSOCIADOS — 2003

Procedimentos	Freqüência	%	Valor (mil reais)	%	Custo médio	Óbitos
Doenças pulmonares	42.116	19,63	16.723,52	14,05	397,08	6.642
Insuficiência cardíaca e coronariana	33.033	15,39	16.443,66	13,81	497,79	3.049
AVC agudo	14.774	6,89	6.870,45	5,77	465,04	3.211
Desnutrição, desidratação e anemia	9.447	4,40	2.249,30	1,89	238,10	1.491
Enteroinfecções	8.139	3,79	1.650,06	1,39	202,74	234
Crise hipertensiva	4.536	2,11	713,02	0,60	157,19	130
Hemorragias digestivas	3.803	1,77	1.444,53	1,21	379,84	587
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento	3.789	1,77	194,26	0,16	51,27	446
Crise asmática	3.751	1,75	1.229,18	1,03	327,69	95
Pielonefrite	3.611	1,68	730,58	0,61	202,32	160
Diabetes sacarino	2.932	1,37	924,70	0,78	315,38	347
Afecções do aparelho urinário	2.874	1,34	606,23	0,51	210,94	112
Outros	81.765	38,11	69.272,37	58,19	847,21	10.268
Total	214.570	100,00	119.051,88	100,00	554,84	26.772

Fonte: Datasus.

Os custos médios dos procedimentos mantêm sua trajetória descendente que se inicia na faixa etária de 60 a 64 anos. Eles se reduzem de R$ 642 para R$ 554,84. Nessa faixa etária, o custo médio para as mulheres é ligeiramente mais elevado do que para os homens, fato que ocorre pela primeira vez nas faixas etárias selecionadas. Entre os procedimentos mais dispendiosos, os três primeiros são idênticos aos da faixa etária anterior: doenças respiratórias, insuficiências cardíacas e coronarianas e AVC agudo. São responsáveis por 38,63% dos custos para esse subgrupo populacional. Desnutrição, desidratação e anemia continuam com uma freqüência elevada, de 9.446 ocorrências. Causaram 1.491 óbitos. Os procedimentos elencados na Tabela 10 respondem por 42% dos custos nessa faixa etária.

Para o grupo de homens, as três principais causas de óbitos continuam sendo as doenças pulmonares, o AVC agudo e a insuficiência cardíaca e coronariana. Os procedimentos listados na Tabela 10 respondem por 62% dos óbitos registrados nesse grupo etário. Quer dizer, 62% dos óbitos são causados por apenas 12 causas relacionadas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O retrato da morbidade do idoso no Brasil apresenta características distintas daquelas vividas pelas faixas etárias mais jovens. As freqüências de internações e as taxas de utilização, que usamos como *proxy* de consumo de saúde, mostram que esse consumo é bastante diferenciado entre as faixas etárias e entre os sexos. Nas faixas etárias até 14 anos, as internações do sexo masculino são 27% maiores do que as femininas. A média de internações de homens nessas faixas é de 447 mil, enquanto para as mulheres essa média situa-se perto de 352 mil internações. Esse padrão de comportamento é alterado nas faixas etárias subseqüentes. Entre os 15 e 24 anos o número de internações em mulheres sobe e o de homens permanece aproximadamente constante. Na faixa etária feminina subseqüente — 25 a 34 anos — a freqüência declina, inflada ainda pelos procedimentos de parto, e a de homens se eleva. A partir dos 45 anos, verifica-se que o número de internações de homens e mulheres é similar. Entretanto, há diferenças que se podem mostrar relevantes. A composição desses procedimentos de internação revela diferenciações nos padrões de morbidade nos grupos de idade mais avançada. Comparando-se as freqüências de internações por sexo para as faixas etárias de 55 a 80 e mais anos, observou-se que o número de internações de homens é mais elevado que o de mulheres, com exceção da última faixa etária. A curva da taxa de utilização das freqüências de internações é parecida com a curva de freqüência de internações até a faixa etária de 45 a 54 anos. A partir dessa faixa etária, é evidente um maior

consumo de internações pelo sexo masculino. Verifica-se que a taxa de utilização na faixa de 80 e mais anos é três vezes maior que a da faixa etária de 55 a 59 anos.

Quanto à questão dos custos, nota-se que os custos médios se estabilizam, tornando-se decrescentes com a idade. Para os homens, o custo médio mais elevado ocorre na faixa etária de 60 a 64 anos. Para as mulheres, o grupo etário em que se verifica a inflexão de custos é no de 65 a 69 anos. Esse resultado revela que, pelo menos no que se refere ao SUS, não se verifica a hipótese de que os custos médios dos procedimentos realizados em idosos sejam mais caros do que aqueles das idades mais jovens. Pelo contrário, parece que ocorrem custos decrescentes a partir de determinada faixa etária. Uma provável explicação para essa queda de custos é a redução da eficácia de certos procedimentos mais onerosos para os grupos etários de idade mais avançada. Esses grupos, provavelmente, responderiam qualitativamente menos, pois possuem uma condição de saúde mais frágil.

Durante toda a análise fica nítido que, em quase todas as faixas etárias, o sexo masculino possui custos médios mais elevados. A única exceção é o custo médio da faixa etária de 80 e mais anos. A análise dos procedimentos mais freqüentes em cada faixa etária e por sexo mostra peculiaridades do perfil da morbidade do idoso no país. As duas causas mais freqüentes de internação, em ambos os sexos, são a insuficiência cardíaca e coronariana e as doenças pulmonares, que se revezam como a primeira e segunda causas. O AVC agudo, a crise hipertensiva, as enteroinfecções, a desnutrição, desidratação e anemia e o diagnóstico e primeiro atendimento estão sempre presentes como causas intermediárias, tanto para homens quanto para mulheres. As outras causas de internação apresentam um comportamento mais heterogêneo.

É interessante verificar as similitudes entre esse trabalho e outro, de mesmo escopo, realizado em dezembro de 1999 [Nunes (1999)]. Embora a metodologia aplicada nos dois estudos não seja idêntica, pois a forma de agrupar os procedimentos sofreu modificações, algumas comparações podem ser realizadas. As freqüências de internação possuem as mesmas características nos dois períodos analisados. Os homens internam-se mais que as mulheres na faixa etária até 14 anos. Entre 14 e 54 anos há grande predominância de internações de mulheres — fato explicado pelas causas obstétricas. A partir dos 55 até os 79 anos as internações no sexo masculino voltam a prevalecer.

As taxas de utilização, com exceção das faixas etárias de 14 a 45 anos, tanto em 1999 quanto em 2003, são sempre mais elevadas para o grupo masculino e apresentam um padrão de comportamento bastante parecido nos dois períodos. A curva de custos médios apresenta variâncias um pouco mais acentuadas no

período de 2003 que no anterior, provavelmente por uma política de elevar a remuneração de alguns procedimentos de alto custo.

A elevação nominal média dos custos dos procedimentos mais freqüentes foi de 92%. Esse índice é praticamente igual à variação do IGP-M do período (90%). Isso quer dizer que os preços das remunerações dos procedimentos em 2003, em valores reais, são os mesmos daqueles praticados em 1999. A curva de custos mantém a forma de um U invertido nos dois períodos considerados, exceção feita na faixa etária até 1 ano.

Os procedimentos mais freqüentes, em todas as faixas etárias e para ambos os sexos, assumem comportamento similar nos períodos considerados, revelando que as causas de morbidade apresentam padrões bem comportados, possibilitando a aplicação de políticas de saúde voltadas para esse segmento populacional.

Uma política de saúde pública que focalize a redução do quadro de morbidade dos idosos, através da "compressão da morbidade", teria que, necessariamente, engendrar programas de prevenção e controle da insuficiência cardíaca, da hipertensão e do AVC, indistintamente de sexo, embora o sexo masculino mostre-se proporcionalmente mais suscetível a esses três tipos de morbidade.

Programas de prevenção e controle do diabetes sacarino e da osteoporose também produziriam melhorias nos padrões de morbidade do segmento idoso. De modo geral, a redução de diversas doenças crônicas pode estar relacionada com intervenções de controle sobre a pressão arterial, tanto em nível preventivo (consumo de sal e álcool em excesso) como de ações curativas através da atenção primária. Quanto ao controle de diversas doenças respiratórias e vários tipos de câncer, é consensual o papel do cigarro como fator de alto risco.

Uma das conclusões do trabalho é a de que os homens idosos, considerando as internações como um evento indesejável, e tendo estes uma taxa de utilização sempre mais elevada que as mulheres, possuem um processo de envelhecimento de qualidade inferior ao do sexo feminino. Uma sugestão é a de se pensar em políticas de discriminação positiva em prol dos homens para tornar mais eqüitativo o envelhecer.

Outra conclusão parcial é que a elevação do custo com atenção médico-hospitalar aos idosos não está relacionada ao aumento do custo dos procedimentos, pois eles possuem custo médio decrescente. A elevação de custos está relacionada à taxa de utilização, bem mais elevada para os grupos idosos. Quer dizer, não se comprova a hipótese de que os procedimentos individuais aplicados aos idosos são mais dispendiosos que aqueles das faixas etárias mais jovens.

Parece possível, então, pensar-se em um certo *trade off* entre freqüências de internações e melhoria da qualidade do atendimento. Medidas de saúde pública que objetivem uma melhor atenção ao idoso não precisam, necessariamente, elevar as despesas com saúde, mas sim substituir a quantidade de procedimentos de internação pela qualidade desse serviço, reduzindo assim as taxas de utilização, de forma que o paciente volte menos vezes ao hospital. Alternativas concretas para realização desse objetivo podem ser os programas de saúde em casa e a internação domiciliar.

A redução do número de procedimentos de internação pode ser atingida com programas preventivos, como o programa "saúde em casa" e com programas que substituam os procedimentos de internação convencionais, como as internações domiciliares, que reduzem as freqüências de internação e os custos em até 40%. Os benefícios diretos esperados seriam uma melhor prevenção das insuficiências cardíacas, do AVC, assim como a prevenção e o controle da hipertensão, do diabetes, da asma e da osteoporose. É bastante provável que esses programas, conjuntamente, produzissem uma queda nas freqüências de procedimentos e, dessa forma, reduzissem os custos globais do SUS. Mais do que uma redução de custos, pode-se supor que a qualidade de vida das pessoas idosas também se modifique positivamente, diminuindo o número de internações, melhorando os padrões de morbidade e produzindo uma redução da mortalidade nas faixas etárias mais avançadas.

BIBLIOGRAFIA

BAER, W., CAMPINO, A. C., CAVALCANTI, T. Condições e política de saúde no Brasil: uma avaliação das últimas décadas. *Economia Aplicada*, São Paulo, v.4, n.4, p.763-785, 2000.

BARROS, E. M., PIOLA, S. F., SOLON, M. V. *Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília: IPEA, 1996 (Texto para Discussão, 401).

FRIES, J. F. The compression of morbidity. *Milkbank Memorial Fund Quarterly*, v. 6, p. 397-419, 1983.

GLENNERSTER, H., MATSAGANIS, M. The English and Swedish care reforms. *International Journal of Health Services*, v. 24, n. 2, p. 231-251, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CD Datasus, 2003.

MONTEIRO, C. A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

NUNES, A. Os custos do tratamento da saúde dos idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 1992.

REIS, C. O. O. *O gasto dos idosos em saúde: sinal dos tempos*. Brasília: IPEA, 1999, mimeo.

RUBIO, V. O. *La economia en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones*. Barcelona: Euge, 1990.

SULLIVAN, D. H., SUN, S., WALLS, R.C. Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients. *Jama*, v.281, p. 2.013-2.019, June 1999.

UN — United Nations. The sex and age distribution of the world population. *The 1998 revision*. New York: UN, 1999.

PARTE 5

CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA

CAPÍTULO 14

OS IDOSOS NO MERCADO DE TRABALHO: TENDÊNCIAS E CONSEQÜÊNCIAS*

Simone Wajnman
Do Centro de Desenvolvimento e Planejamento em Economia da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG)

Ana Maria H. C. de Oliveira
Do Centro de Desenvolvimento e Planejamento em Economia da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG)

Elzira Lúcia de Oliveira
Do Centro de Desenvolvimento e Planejamento em Economia da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG)

1 INTRODUÇÃO

Dentre as diversas conseqüências do aumento da proporção de idosos na população brasileira, uma delas, a enfocada neste artigo, é a sua participação na força de trabalho. Na dimensão eminentemente demográfica, a tendência de crescimento da participação de pessoas cada vez mais velhas na população em idade ativa (PIA) é inequívoca. Esse efeito demográfico combinado à tendência recente de relativa estabilidade das taxas de atividade dos idosos resultam no crescimento da participação dos trabalhadores acima de 60 anos na força de trabalho brasileira. Além disso, como se verá, o rendimento do trabalho do idoso é fundamental na composição de sua renda pessoal e familiar, de tal forma que dificilmente se pode esperar mecanismos compensatórios que permitam a queda da sua participação no mercado de trabalho.

Este artigo procura apontar a enorme heterogeneidade da participação dos idosos no mercado de trabalho, mostrando diferenciais importantes segundo atributo tais como região de residência, raça, escolaridade, e de formas de ocupação. Conforme se verifica, embora sejam os indivíduos pior posicionados na escala socioeconômica os que mais participam do mercado de trabalho, à medida que eles envelhecem as melhores chances de permanecer ativos pertencem aos mais bem qualificados, aos de melhor escolaridade e, sobretudo, aos que não estão

* As autoras agradecem ao bolsista de Iniciação Científica do CNPq Anderson Gomes Resende pela colaboração.

envolvidos em atividades manuais. Apontamos também diferenciais significativos entre a atividade dos idosos nos meios urbano e rural.

Assim, o objetivo deste texto é oferecer um quadro descritivo de forma a captar quem são os idosos que trabalham, em que tipo de ocupação estão engajados, qual é o rendimento que auferem nessas atividades e quanto esse rendimento, junto com os demais rendimentos auferidos de outras fontes (aposentadorias, pensões etc.), significa na renda de suas famílias. Com essa finalidade, o artigo apresenta-se organizado da seguinte forma: na Seção 2, discutem-se as perspectivas futuras quanto ao peso relativo de idosos na PEA total e os diferenciais de níveis de participação por atributos pessoais e ocupacionais; na Seção 3, apresentam-se alguns aspectos da composição dos rendimentos dos idosos, contrapondo-se homens e mulheres e, sempre que relevante, comparando os setores urbano e rural do mercado de trabalho. Por último, na Seção 4, são apresentados alguns comentários finais.

2 O IDOSO NO MERCADO DE TRABALHO BRASILEIRO

2.1 Tendência Temporal

As informações das PNADs permitem observar 25 anos de comportamento das taxas de atividade[1] da população de 60 anos e mais no Brasil — de 1977 a 2002. A tendência do período, que pode ser observada no Gráfico 1, revela relativo declínio na participação masculina, tendência intensificada nos anos 1990, mas que tudo indica estar sendo arrefecida na década atual.[2] Quanto à tendência da participação feminina, esta demonstra um comportamento mais estável, com as taxas de participação das mulheres idosas girando em torno dos 10%.[3] Dessa forma, as evidências para as três últimas décadas demonstram não estar ocorrendo no Brasil o decrescimento dos níveis da atividade econômica dos idosos, a exemplo do que a literatura internacional sugere ocorrer na maior parte dos outros países.

1. A taxa de atividade — ou taxa de participação — é igual à População Economicamente Ativa (PEA) dividida pela população em cada grupo específico.

2. As interrupções nas séries do Gráfico 1 referem-se aos anos censitários (1980 e 1991), quando usualmente as PNADs não vão a campo.

3. A profunda reformulação metodológica da PNAD ocorrida entre 1990 e 1992 gerou, como conseqüência, a elevação das taxas de participação, sobretudo de mulheres, de idosos e daqueles engajados nas atividades agrícolas. Embora as taxas do Gráfico 1 tenham sido estimadas através de filtros específicos que procuram recompor o conceito pré-1992, de forma a preservar a comparabilidade da série, já foi demonstrado que não é possível eliminar totalmente o efeito da sobreenumeração da nova PNAD [ver Barros e Mendonça (1997)], com o que os níveis de atividade a partir de 1992 permanecem acima dos do final dos anos 1980. As mudanças metodológicas da chamada "nova PNAD" estão fartamente documentadas na literatura [ver Bruschini e Lombardi (1996)].

GRÁFICO 1
TENDÊNCIA TEMPORAL DAS TAXAS DE PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS — 1977 A 2002

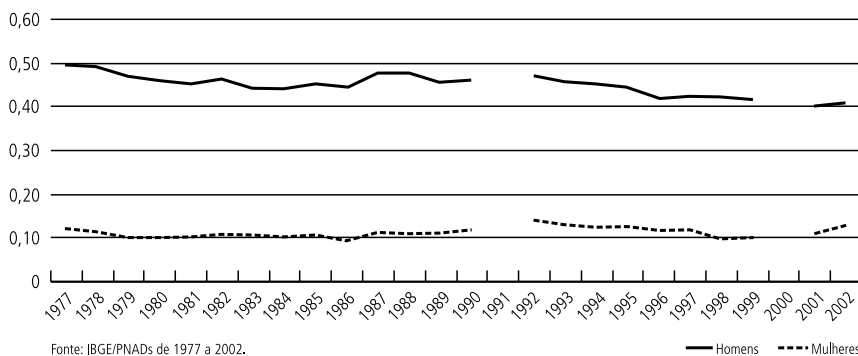
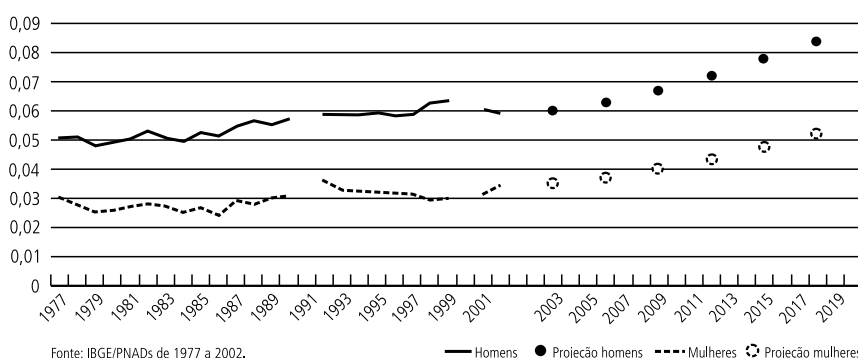
Fonte: IBGE/PNADs de 1977 a 2002.

Em contrapartida, do ponto de vista das tendências demográficas mais recentes, a estrutura etária da PEA brasileira torna-se a cada ano mais envelhecida, o que significa que o peso relativo da população idosa tende a crescer continuamente e ainda por muitas décadas. Assim, o resultado final, revelado no Gráfico 2, é o nítido crescimento da proporção da PEA de 60 anos e mais. Em termos prospectivos, a tendência parece ser clara. O trecho pontilhado das linhas do Gráfico 2, tanto para homens quanto para mulheres, refere-se a projeções da PEA em que se considera basicamente o efeito da componente demográfica do envelhecimento populacional, e mantêm-se os níveis atuais das taxas de atividade masculinas. Para as taxas femininas, considera-se o ainda provável crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho, dado o espaço que ainda há para que isso ocorra.[4]

GRÁFICO 2
PROPORÇÃO DE IDOSOS NA PEA TOTAL: VALORES OBSERVADOS E PROJETADOS

Fonte: IBGE/PNADs de 1977 a 2002.

4. As proporções da PEA projetadas nesse cenário baseiam-se em projeções realizadas no âmbito do projeto "Demografia do Mercado de Trabalho Brasileiro" do convênio entre o Ministério do Trabalho e Emprego e o Cedeplar/UFMG.

Com base nesse cenário, podemos prever um intenso crescimento da participação de idosos na PEA. De fato, projeta-se que, em duas décadas, a proporção de homens idosos na PEA masculina estará perto de 10% (quase o dobro dos 5,9% atuais) e a de mulheres idosas em torno de 6% (atualmente são 3,4%). Mais importante ainda é considerar que, a essa altura, a PEA idosa estará crescendo a uma taxa anual estimada em 3,6% a.a., e, para o mesmo período, estima-se que a PEA total terá crescimento muito próximo do nível de reposição, ou seja, em torno de zero.[5] Assim, em termos de perspectivas de necessidades de geração de empregos, esse será o grupo a pressionar o mercado de trabalho, com um incremento da ordem de aproximadamente 300 mil idosos sendo somados cada ano à PEA de 60 anos e mais.[6]

Tal tendência de crescimento da oferta de trabalhadores idosos, somada às precárias perspectivas de ampliação da cobertura do sistema previdenciário, estabelece a importância de se planejar cuidadosamente políticas específicas para esse segmento de potenciais trabalhadores. Contudo, o sucesso no desenho dessas políticas depende, em grande medida, do conhecimento prévio das especificidades da atividade do idoso. São precisamente essas especificidades que a Subseção 2.1 procura detalhar.

2.2 Heterogeneidade da Participação Econômica dos Idosos

Nesta subseção, descrevem-se os diferenciais na participação dos idosos a partir das taxas de atividade específicas por atributos pessoais, considerando-se as informações contidas na PNAD de 2002 — a mais recente disponível —, e algumas tendências temporais. É importante ressaltar que nem sempre altas taxas de atividade correspondem ao maior peso do subgrupo na PEA, já o tamanho absoluto de cada grupo depende também da participação do atributo na população. Assim, os diferenciais de taxas de atividade exprimem apenas a intensidade com que cada subgrupo de idosos se dispõe a trabalhar.

Os dois primeiros e mais relevantes atributos pessoais a serem considerados são o sexo e a idade, já que homens e mulheres têm, ao longo de todo o ciclo de vida, comportamentos ante o mercado de trabalho inteiramente distintos, chegando à fase idosa com níveis de atividade muito diferenciados. Em termos agregados, a taxa de atividade dos homens idosos, em 2002, era de 41%, o que equivale dizer

5. Sobre isso, ver projeções da PEA em Wajnman e Rios-Neto (1999).

6. A título de comparação, considere-se que, entre 2001 e 2002, a PEA brasileira de 10 a 19 anos diminuiu de tamanho absoluto (–54 mil indivíduos) enquanto a PEA de 20 a 24 anos, que foi o grupo de maior crescimento no período, foi acrescida de 533 mil indivíduos (dados das PNADs).

que 41% dos homens de 60 anos e mais trabalhavam ou procuravam trabalho. Quanto às mulheres, apenas 13% das idosas encaixavam-se nessa condição. Como conseqüência da distinta predisposição à atividade econômica de homens e mulheres, mas também do maior peso relativo de mulheres na população idosa, temos que, em 2002, 71% da PEA idosa eram constituídos de homens e 29% de mulheres.

Decompor estes números agregados segundo os grupos etários específicos revela grandes disparidades, conforme se verifica no Gráfico 3. Como é de se esperar, as taxas de atividade declinam fortemente conforme avança a idade, mas vale destacar o nível de participação ainda bastante elevado no grupo 60-64 anos: 62% para homens, com o pico da atividade masculina situando-se em 95% no grupo 30-34 anos; e 24% para mulheres, contra 67% no grupo de 35-39 anos de idade. Em termos de proporções, os idosos de 60-64 anos de idade, respondem por 45% da PEA de 60 anos e mais, o grupo de 65-69, por 25% e os acima de 70, pelos demais 30%.

Quanto à situação geográfica dos indivíduos, em que pesem as dificuldades metodológicas de diferenciar os setores urbano e rural nas PNADs, dada a cobertura incompleta e imprecisa do setor rural, as enormes diferenças entre as taxas de atividade dos idosos por setor de domicílio, sobretudo para homens, merecem ser destacadas (Gráfico 4). Tais diferenças, evidentemente, exprimem a maior compatibilidade do emprego tipicamente rural nas atividades agropecuárias com o trabalho dos idosos.[7] Entretanto, a despeito do fato de as taxas de participação rural serem mais elevadas, o peso proporcional da PEA rural na PEA idosa total é

GRÁFICO 3
TAXAS DE ATIVIDADE DOS IDOSOS POR SEXO E IDADE — 2002

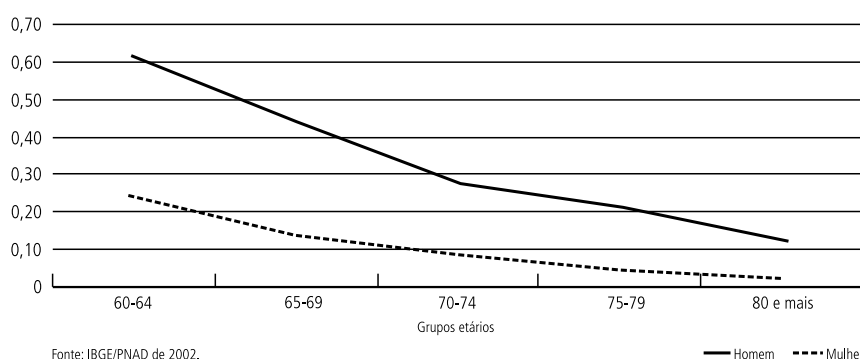
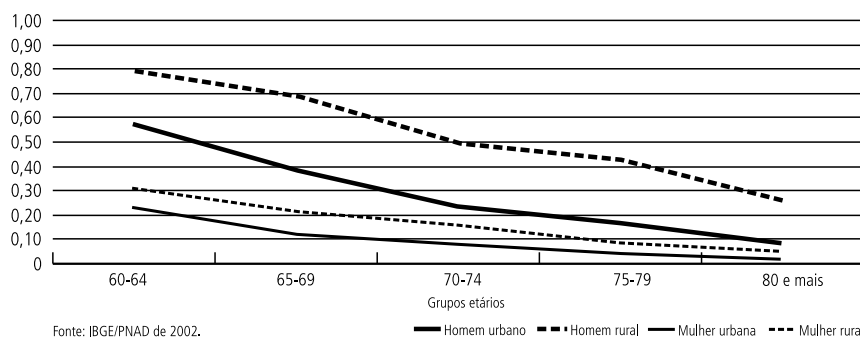
Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

7. Note-se, porém, que o setor de domicílio refere-se ao local de residência, o que implica que um indivíduo morador do setor rural possa ter uma atividade tipicamente urbana ou vice-versa, e que essa capilaridade entre os setores seja uma tendência crescente no Brasil.

GRÁFICO 4
TAXAS DE ATIVIDADE DOS IDOSOS SEGUNDO SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO POR SEXO E GRUPOS DE IDADE — 2002

1,00
0,90
0,80
0,70
0,60
0,50
0,40
0,30
0,20
0,10
0
60-64
65-69
70-74
75-79
80 e mais
Grupos etários
Homem urbano
Homem rural
Mulher urbana
Mulher rural

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

bastante baixo — 13% para homens e 14% para as mulheres —, dada a crescente predominância da população urbana no país. Sendo assim, e para evitar as possíveis distorções geradas pelas grandes diferenças no padrão da participação econômica dos meios urbano e rural, a análise que se segue enfoca apenas o espaço urbano. Algumas das peculiaridades do emprego rural são abordadas como contraponto.

Os Gráficos 5 e 6 apresentam o comportamento diferenciado das taxas de atividade segundo as regiões do país. Em grande medida, essas diferenças revelam a estrutura setorial das regiões, de tal forma que as maiores taxas de atividade entre as regiões refletem o maior peso proporcional da atividade agrícola dentro do próprio espaço urbano. Uma perspectiva mais adequada de tratar essas diferenças, contudo, é observar a distribuição ocupacional dos idosos segundo os ramos de atividade, de forma a apontar o peso das atividades agrícolas, conforme se apresenta na Subseção 2.2.

GRÁFICO 5
TAXAS DE ATIVIDADE DOS HOMENS IDOSOS SEGUNDO REGIÕES — URBANO — 1981-2002

Fonte: IBGE/PNADs.

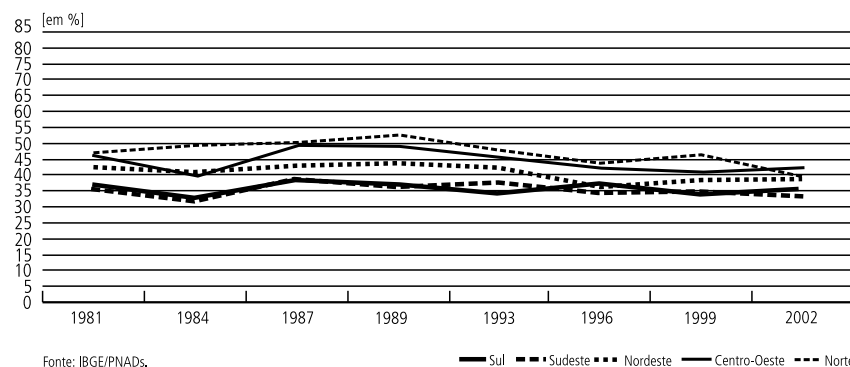
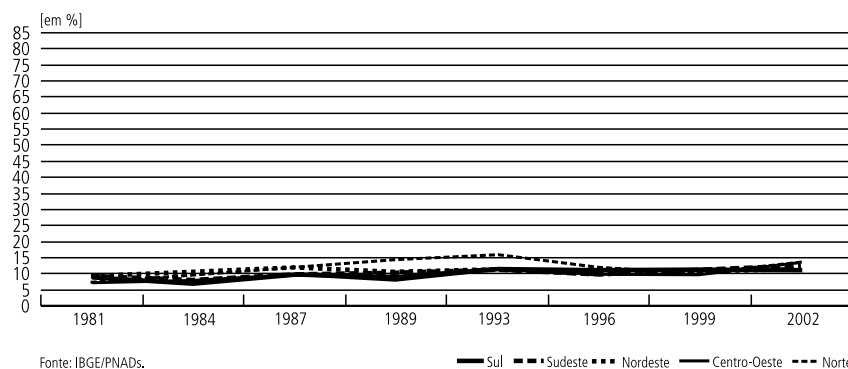



GRÁFICO 6
TAXAS DE ATIVIDADE DAS MULHERES IDOSAS SEGUNDO REGIÕES — URBANO — 1981-2002

Fonte: IBGE/PNADs.

No Gráfico 7 figuram as diferenças entre taxas de atividade dos idosos segundo raça. Tomando-se apenas o corte entre brancos e negros (considerados como a agregação de pretos e pardos), verifica-se que tanto para homens quanto para mulheres os negros tendem a ter um nível de participação mais elevado, o que, provavelmente, encobre diferenças quanto à escolaridade e o nível de renda desses subgrupos. Ao longo do tempo, contudo, essas diferenças parecem estar se estreitando, sobretudo para os homens.

Quanto aos diferenciais por escolaridade, expressos nos Gráficos 8 e 9, se nos concentrarmos nos homens dos grupos etários de 60-64 e 65-69 anos, que no setor urbano correspondem a quase 80% da PEA idosa, observaremos haver uma distribuição em forma de U para o emprego segundo a escolaridade; ou seja, são os analfabetos, os com primário incompleto e os com 11 anos e mais de estudo

GRÁFICO 7
TAXAS DE ATIVIDADE DOS IDOSOS SEGUNDO RAÇA — URBANO — 1987 A 2002

Fonte: IBGE/PNADs.

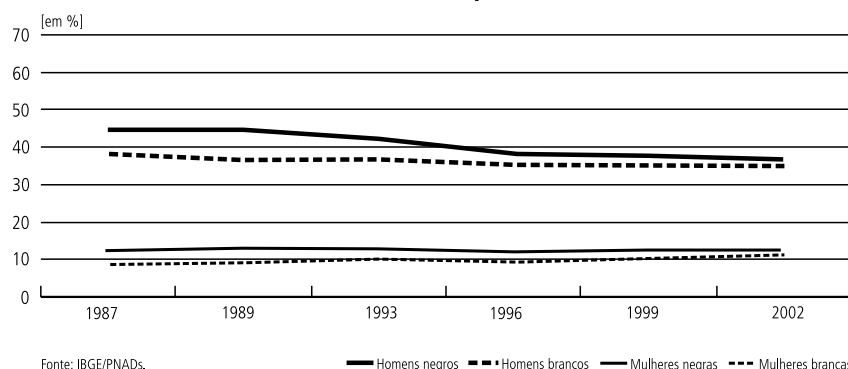



GRÁFICO 8
TAXAS DE ATIVIDADE DOS HOMENS IDOSOS POR ANOS DE ESTUDO — URBANO — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

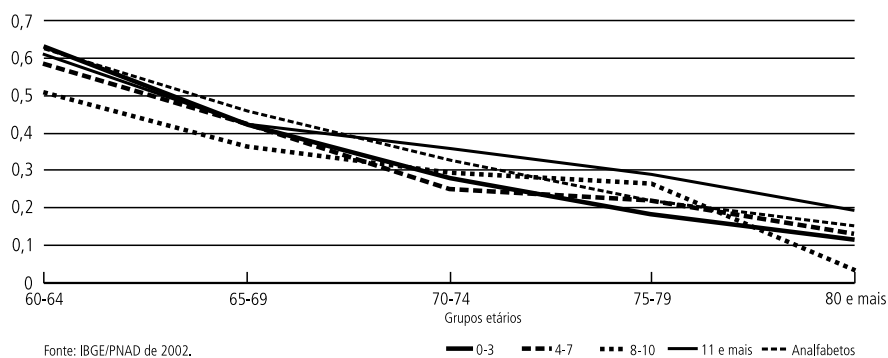
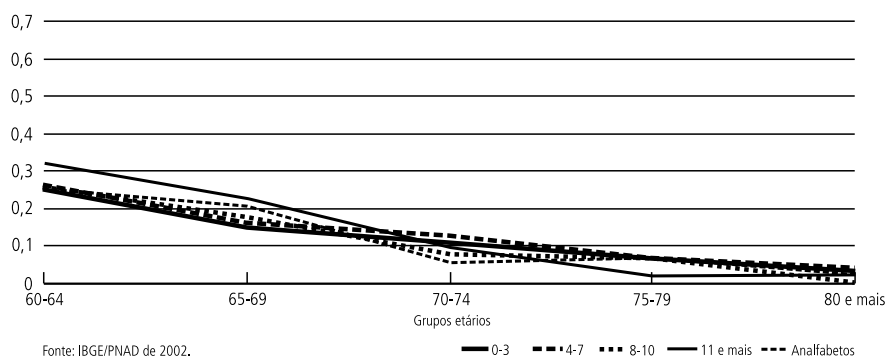



GRÁFICO 9
TAXAS DE ATIVIDADE DAS MULHERES IDOSAS POR ANOS DE ESTUDO — URBANO — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

que têm o maior nível de participação. Essa evidência parece significar que, se por um lado a qualificação é um fator importante para a inserção do idoso no mercado de trabalho, aqueles de nível educacional extremamente baixo tendem a aceitar qualquer tipo de trabalho precário, de forma a atender às suas necessidades de renda. Por outro lado, quando se avança para as idades mais elevadas, verifica-se que a escolaridade é fator preponderante para a manutenção da atividade econômica, uma vez que a qualificação compensa a perda da capacidade laborativa associada ao envelhecimento. Para as mulheres, isso é muito claro entre os 60 e 70 anos de idade, embora para as mais idosas a maior escolaridade não esteja associada à maior participação, provavelmente em função do padrão de participação de mulheres das coortes mais antigas.

Os Gráficos 10 e 11 revelam que a posição do idoso no domicílio é fator de diferenciação na atividade bem mais importante para os homens do que para as

GRÁFICO 10
TAXAS DE ATIVIDADE DOS HOMENS IDOSOS SEGUNDO POSIÇÃO NO DOMICÍLIO — URBANO —1981-2002

Fonte: IBGE/PNADs.

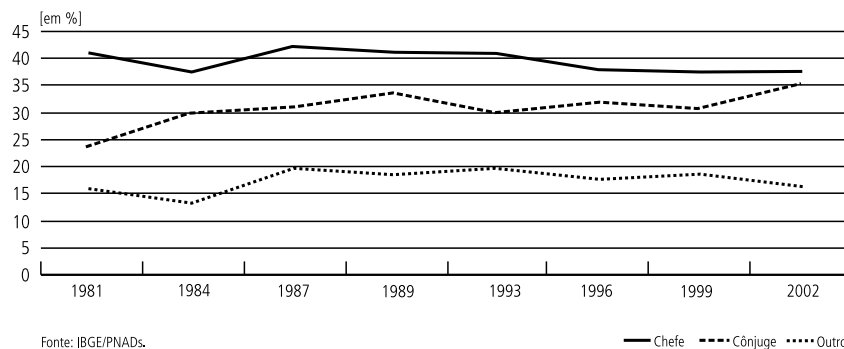
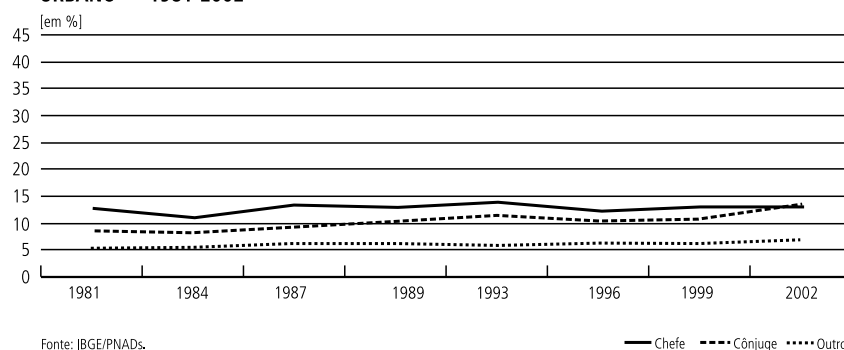
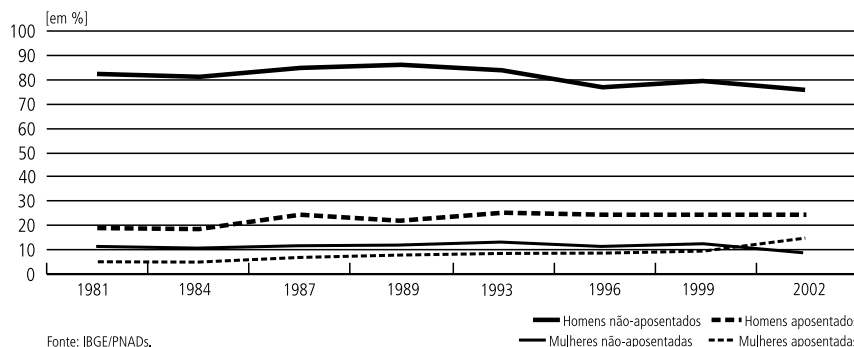



GRÁFICO 11
TAXAS DE ATIVIDADE DAS MULHERES IDOSAS SEGUNDO POSIÇÃO NO DOMICÍLIO — URBANO — 1981-2002

Fonte: IBGE/PNADs.

mulheres. Como se constata, os homens chefes (os predominantes — 89% deles em 2002) têm uma taxa de participação bem mais alta do que os cônjuges (parcela pouco expressiva dos idosos do sexo masculino — 3,7%) e mais ainda do que os outros parentes (geralmente pais que moram com seus filhos chefes de família, representando 7% dos homens idosos). No que se refere às mulheres, ser chefe (46% delas) significa menos como determinante da participação, provavelmente porque as mulheres idosas chefes tendem a contar com os rendimentos de pensão. Note-se que, do ponto de vista da tendência temporal, há tendência de convergência nas taxas de chefes e cônjuges nos anos mais recentes, tanto para homens quanto para mulheres.

Quanto à atividade dos aposentados, *vis-à-vis* os não-aposentados, ilustra-se, no Gráfico 12, que a aposentadoria é um determinante importante para a retirada

GRÁFICO 12
TAXAS DE ATIVIDADE DOS IDOSOS SEGUNDO SITUAÇÃO DE APOSENTADORIA — URBANO — 1981-2002

Fonte: IBGE/PNADs.

dos homens idosos da atividade econômica. Enquanto 76% dos idosos não-aposentados são ativos, em 2002, apenas 24% dos aposentados o são. Vale lembrar, porém, que os aposentados constituem-se na grande maioria da população idosa. Em 1981, 70% dos homens idosos eram aposentados e essa proporção cresceu para 78% em 2002. Assim, a elevação das taxas de participação dos idosos aposentados explica-se pela extensão da aposentadoria urbana a uma proporção maior de idosos ativos. Para os homens residentes no meio rural, essa mudança foi ainda mais marcante. Entre 1981 e 2002, a proporção de homens idosos aposentados subiu de 58% para 83%, como decorrência da ampliação de cobertura da previdência rural, pela Constituição de 1988.[8] Assim, a significativa elevação da taxa de atividade dos idosos aposentados, tanto homens quanto mulheres, que se verifica ao longo do tempo no Gráfico 13 revela a generalização da aposentadoria, inclusive entre as pessoas ativas.

Note-se ainda que, no caso das mulheres, a aposentadoria, assim como a posição no domicílio, não determina tão grandes diferenciais na participação econômica. Uma interpretação para esse fato é de que ser aposentada, antes de mais nada, indica a participação prévia das mulheres no mercado de trabalho, revelando a preferência pela atividade de mercado em contraposição ao trabalho doméstico, o que compensaria, em parte, o efeito renda da aposentadoria.

Por fim, a intensidade com que os idosos se engajam na força de trabalho varia também conforme sua renda familiar. Os Gráficos 14 e 15 mostram que, como é o esperado, quanto menor é a classe de renda familiar do idoso (que inclui

8. Para uma análise da ampliação da cobertura dos benefícios da previdência rural, consultar artigo de Delgado e Cardoso Jr., neste livro.

GRÁFICO 13
TAXAS DE ATIVIDADE DOS IDOSOS SEGUNDO SITUAÇÃO DE APOSENTADORIA — RURAL — 1981-2002

Fonte: IBGE/PNADs.

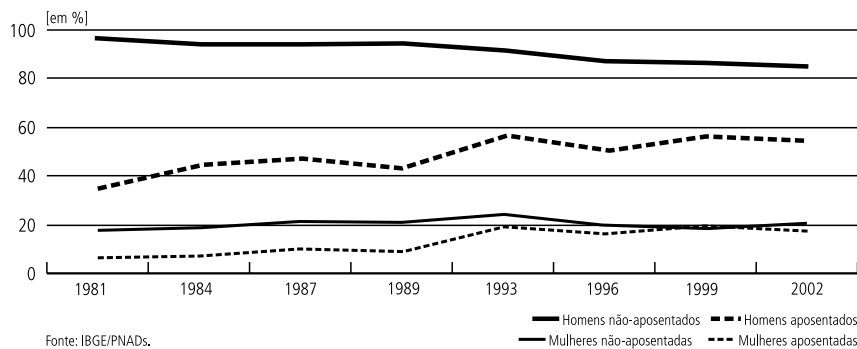



GRÁFICO 14
TAXAS DE ATIVIDADE DOS HOMENS IDOSOS POR CLASSE DE RENDIMENTO — URBANO — 1981-2002

Fonte: IBGE/PNADs.

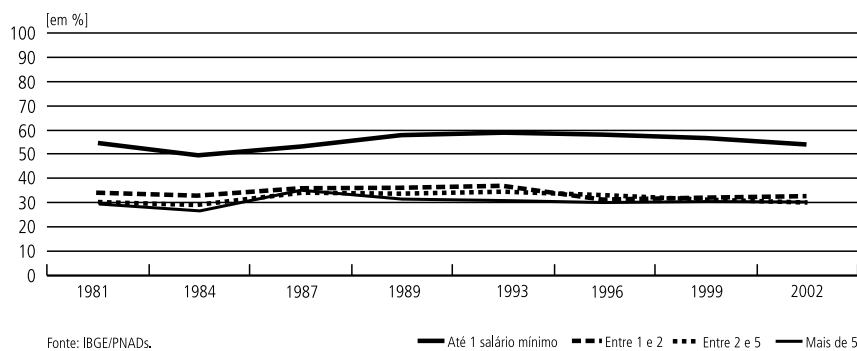
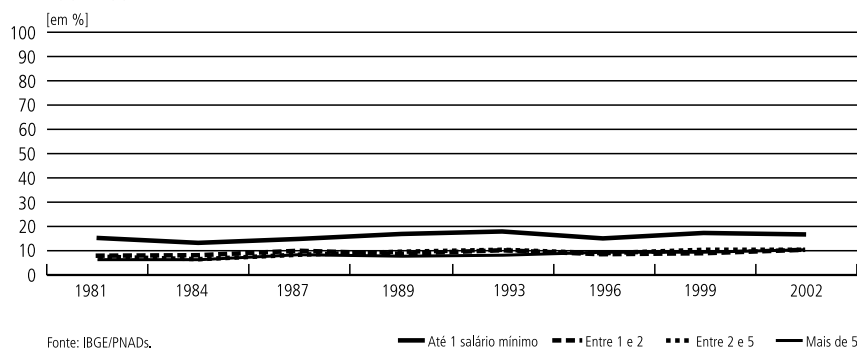



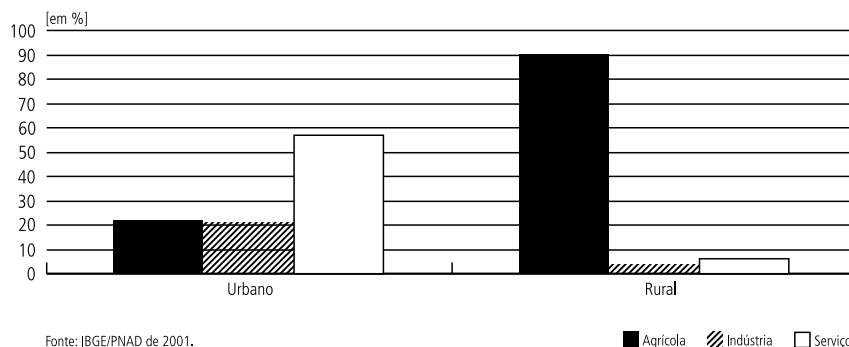
GRÁFICO 15
TAXAS DE ATIVIDADE DAS MULHERES IDOSAS POR CLASSE DE RENDIMENTO — URBANO — 1981-2002

Fonte: IBGE/PNADs.

os rendimentos do próprio idoso, mas só aqueles não provenientes do trabalho)[9] maiores são as taxas de atividade. A forma como a própria renda do idoso (inclusive a do trabalho) contribui para sua renda familiar será melhor analisada adiante.

2.3 A Estrutura Ocupacional dos Idosos Ativos

A primeira característica acerca da estrutura ocupacional dos idosos a ser notada refere-se à distribuição setorial do emprego, que é muito distinta entre os setores de domicílio urbano e rural. Para os idosos do meio urbano, é notório o predomínio das atividades no setor serviços, sobretudo para as mulheres, conforme demonstram os Gráficos 16 e 17.[10] Considerando-se o conjunto dos idosos ativos urbanos em 2001, temos que 57% dos homens e 84% das mulheres estão ocupados no setor de serviços. No entanto, é interessante observar que, entre os idosos do sexo masculino, mesmo entre os residentes em domicílios urbanos, há uma parcela nada desprezível dos que se ocupam de atividades agrícolas (22% em 2001), certamente pelo fato de essas atividades serem bastante compatíveis com o trabalho do idoso. No setor de domicílio rural, como não poderia deixar de ser, predominam as atividades agrícolas, tanto para homens (91% deles) quanto para mulheres (86%). Assim sendo, do total de idosos ativos, 49% deles, ou seja, a maioria, ocupam-se no setor serviços, como resultado do fato de que a maior parte da população idosa está no meio urbano. As atividades agrícolas, no entanto, vêm em segundo lugar, representando 39% da atividade dos idosos.

GRÁFICO 16
OCUPAÇÃO DOS HOMENS IDOSOS SEGUNDO RAMOS DE ATIVIDADE URBANO E RURAL — 2001

Fonte: IBGE/PNAD de 2001.

9. A razão de se utilizar essa medida de renda líquida é que, obviamente, os rendimentos do trabalho do idoso viesam para cima a renda familiar dos que trabalham, levando a uma correlação positiva entre renda e taxa de atividade.

10. Note-se que neste caso utilizamos os dados da PNAD de 2001, dadas as dificuldades decorrentes da modificação da classificação de atividades e ocupações a partir da PNAD de 2002.

GRÁFICO 17
OCUPAÇÃO DAS MULHERES IDOSAS SEGUNDO RAMOS DE ATIVIDADE URBANO E RURAL — 2001
[em %]

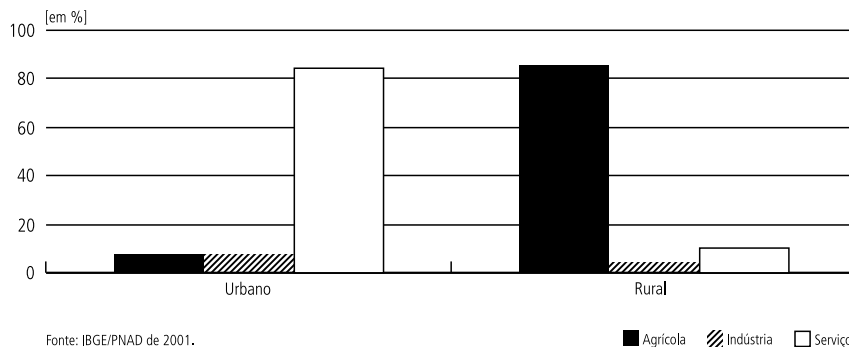
Fonte: IBGE/PNAD de 2001.

Do ponto de vista da inserção dos idosos por situação ocupacional, que incluem as posições na ocupação (empregados com e sem carteira, trabalhadores por conta própria, empregadores, trabalhadores sem remuneração e ainda o desemprego), os Gráficos 18 e 19 ilustram as principais diferenças entre os idosos trabalhadores urbanos e rurais, homens e mulheres. A primeira observação é o claro predomínio dos conta-própria entre os idosos do meio urbano, tanto homens (47% deles) quanto mulheres (44%), embora entre as mulheres idosas sejam também muito importantes as posições de sem-remuneração (6% delas, contra apenas 1% entre os homens) e empregadas sem carteira de trabalho (31%, contra 22% dos homens idosos). No meio rural, entre os homens idosos, predominam, de longe, os conta-própria (72% deles) e entre as mulheres, embora seja também muito prevalente a posição

GRÁFICO 18
OCUPAÇÃO DOS HOMENS IDOSOS SEGUNDO SITUAÇÃO NA OCUPAÇÃO — URBANO E RURAL — 2002
[em %]

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

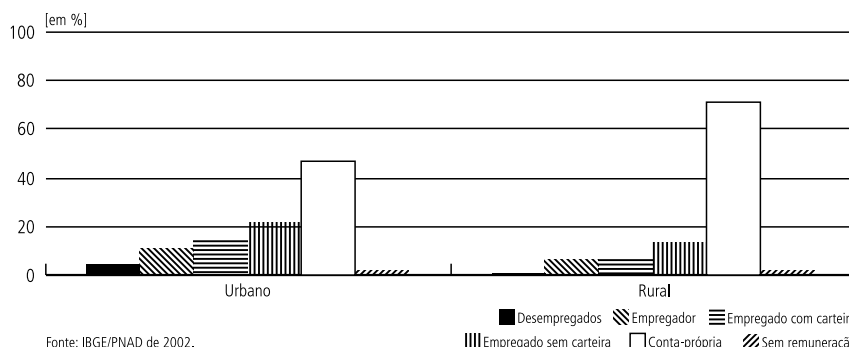
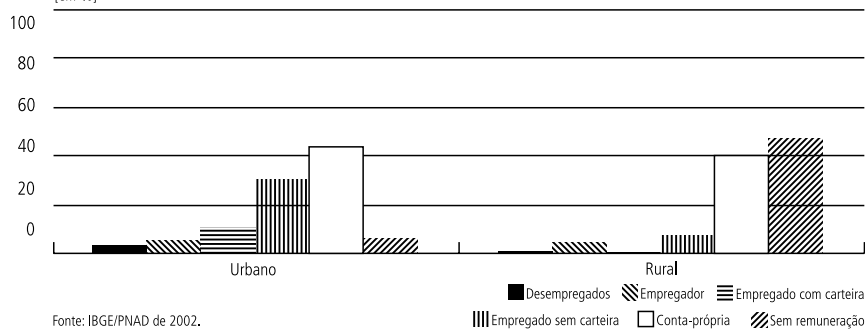



GRÁFICO 19
OCUPAÇÃO DAS MULHERES IDOSAS SEGUNDO SITUAÇÃO NA OCUPAÇÃO — URBANO E RURAL — 2002
[em %]

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

de contra-própria (40% delas), predominam as trabalhadoras sem remuneração, que representam 47% do total.[11]

Nos Gráficos 20 e 21, as ocupações dos idosos são classificadas segundo uma tipologia que as distingue entre ocupações manuais, médias e superiores, demonstrando que as ocupações manuais são predominantes no meio urbano (61% dos homens e 75% das mulheres) e também entre as mulheres rurais (66%). Entre os homens rurais, por outro lado, há grande concentração nas ocupações de nível médio (67%), uma vez que os produtores por conta própria (tipicamente rurais) estão incluídos nessa categoria. Apreciando-se a distribuição por categorias socioocupacionais através dos grupos etários dos idosos urbanos de 2001 (Gráficos 22 e 23), verifica-se que o claro predomínio dos ocupados manuais vai diminuindo à medida que a

GRÁFICO 20
OCUPAÇÃO DOS HOMENS IDOSOS SEGUNDO CATEGORIA SOCIOOCUPACIONAL — URBANO E RURAL — 2001
[em %]

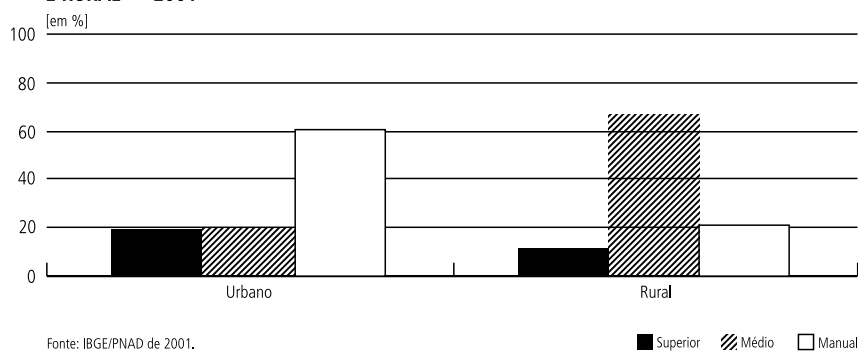
Fonte: IBGE/PNAD de 2001.

11. Note-se que foram utilizados os devidos filtros aos dados da PNAD para retirar da atividade econômica os trabalhadores para autoconsumo e autoconstrução.

GRÁFICO 21
OCCUPAÇÃO DAS MULHERES IDOSAS SEGUNDO CATEGORIA SOCIOOCUPACIONAL — URBANO E RURAL — 2001

Fonte: IBGE/PNAD de 2001.

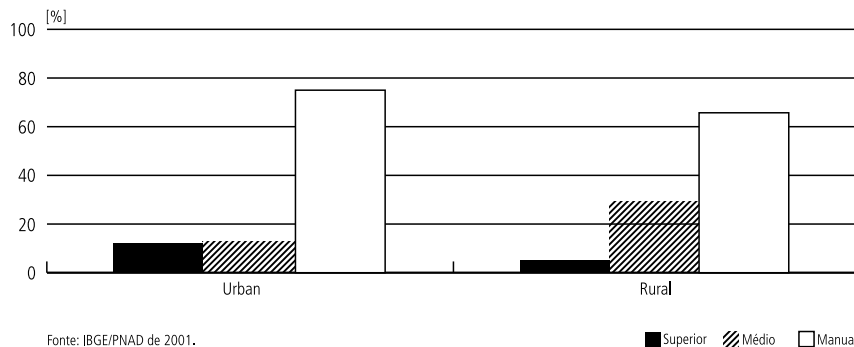



GRÁFICO 22
OCUPAÇÃO DOS HOMENS IDOSOS SEGUNDO CATEGORIA SOCIOOCUPACIONAL — URBANO — 2001

Fonte: IBGE/PNAD de 2001.

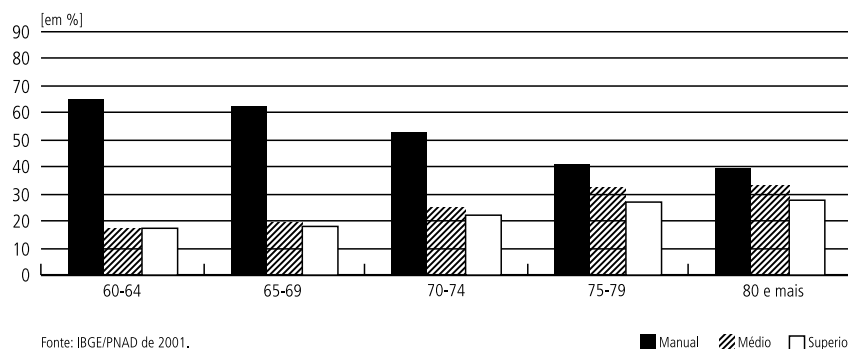
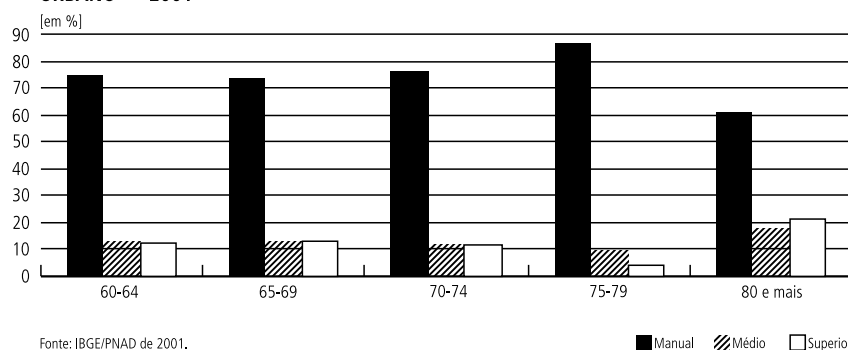



GRÁFICO 23
OCUPAÇÃO DAS MULHERES IDOSAS SEGUNDO CATEGORIA SOCIOOCUPACIONAL — URBANO — 2001

Fonte: IBGE/PNAD de 2001.

idade avança, ganhando mais espaço a participação dos trabalhadores em ocupações médias e superiores. Essa inversão se explica por serem os ocupados nos trabalhos mais braçais aqueles que mais dependem da força física, que decresce com a idade. Assim, à medida que envelhecem, são os trabalhadores mais qualificados aqueles mais prováveis de manter seus espaços no mercado de trabalho.

O tamanho da jornada de trabalho é também um importante fator de diferenciação da ocupação entre idosos dos setores urbano e rural, do sexo masculino e feminino e através das idades. Examinando-se os Gráficos 24 e 25 verifica-se, em primeiro lugar, que homens e mulheres idosos têm jornadas de trabalho mais longas no meio urbano do que no rural: 72% dos homens idosos do meio urbano têm jornada acima de 40 horas semanais, ao passo que no rural são 67%; para as mulheres, são 40% para as urbanas e 26% para as rurais. Além disso, como se dá para todos os outros grupos etários, homens idosos também têm jornada mais longa do que

GRÁFICO 24
OCUPAÇÃO DOS HOMENS IDOSOS SEGUNDO HORAS TRABALHADAS — URBANO E RURAL — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

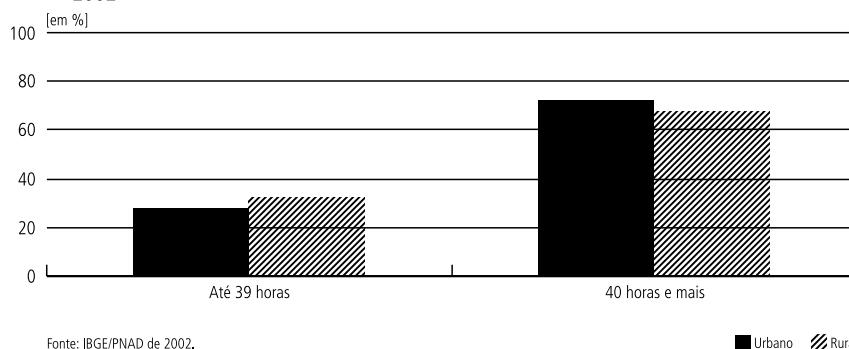



GRÁFICO 25
OCUPAÇÃO DAS MULHERES IDOSAS SEGUNDO HORAS TRABALHADAS — URBANO E RURAL — 2002

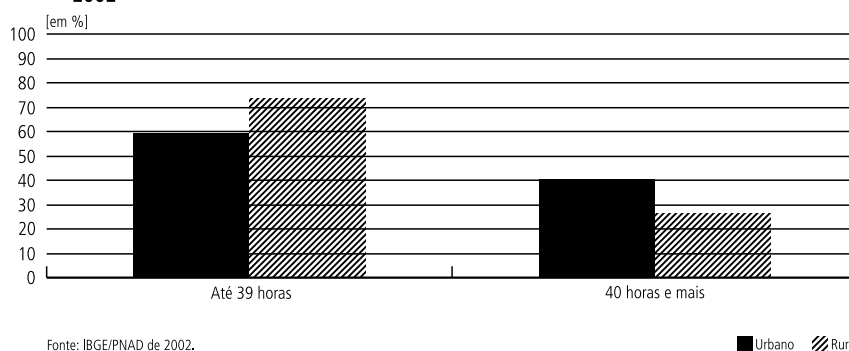
Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

as mulheres idosas. O Gráfico 26, por outro lado, mostra que o emprego em jornada de tempo integral (40 horas e mais) é o predominante entre os homens idosos mais jovens, mas, com o avanço da idade, esse predomínio vai diminuindo. Para as mulheres idosas (Gráfico 27), ao contrário, a ocupação em tempo parcial é a preponderante, tornando-se também cada vez mais importante com a idade.

GRÁFICO 26
OCUPAÇÃO DOS HOMENS IDOSOS SEGUNDO HORAS TRABALHADAS — URBANO — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

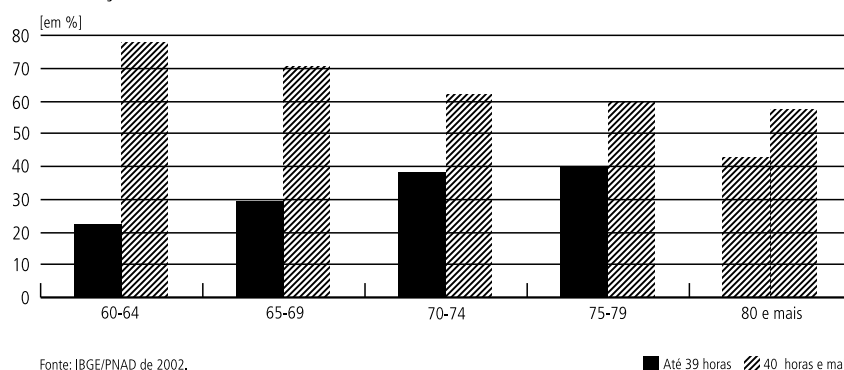
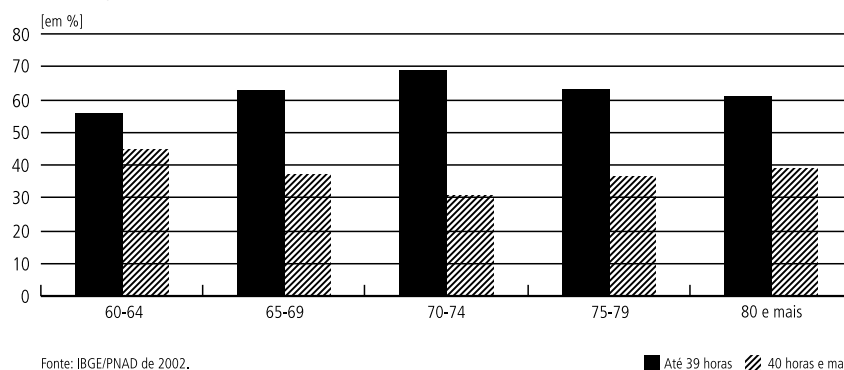



GRÁFICO 27
OCUPAÇÃO DAS MULHERES IDOSAS SEGUNDO HORAS TRABALHADAS — URBANO — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

3 OS RENDIMENTOS DOS IDOSOS

Nesta seção, faz-se uma breve descrição da estrutura de rendimentos dos idosos, com ênfase no rendimento do trabalho, enfocando a importância relativa desse tipo de rendimento, tanto na composição da renda do próprio idoso quanto na da renda de suas famílias.

Na Tabela 1, observa-se a proporção de idosos, assim como a média e o desvio dos rendimentos em cada uma das categorias de formação de renda. Assim,

TABELA 1

BRASIL: PROPORÇÃO DE IDOSOS E RENDIMENTO MÉDIO NAS CATEGORIAS DE RENDA POR SEXO — 2002

Tipos de rendimento	Urbano				Rural			
	%	Média	Desvio	Número de observações	%	Média	Desvio	Número de observações
Homens								
Trabalho	14,88	798,71	1.666,55	792.748	12,81	366,56	587,89	168.079
Trabalho e aposentadoria	16,02	1.455,31	2.519,77	853.746	40,68	497,14	674,05	533.644
Todas as Fontes	1,92	3.124,22	3.897,02	102.500	2,87	1.035,27	1.346,04	37.587
Aposentadoria	57,08	622,22	996,89	3.041.989	38,06	255,33	591,32	499.308
Aposentadoria e outros	6,53	1.590,33	2.223,77	347.931	3,05	705	1.210,15	39.960
Outros tipos de rendimentos	2,01	430,35	661,15	107.206	1,20	306,52	432,76	15.759
Trabalho e outros	1,56	1.752,52	2.870,15	83.276	1,34	607,08	721,95	17.559
Total	100,00			5.329.396	100,00			1.311.896
Mulheres								
Trabalho	5,08	493,99	1.655,13	316.542	1,45	226,01	231,46	17.362
Trabalho e aposentadoria	3,87	829,53	1.162,74	241.177	5,03	349,53	254,38	60.300
Todas as fontes	1,02	1.397,23	1.807,30	63.605	2,25	593,97	247,18	27.023
Aposentadoria	44,42	349,33	529,64	2.767.247	67,12	210,96	112,66	804.392
Aposentadoria e outros	13,32	887,57	1.066,49	829.736	12,87	453,07	435,31	154.247
Outros tipos de rendimentos	29,50	500,24	851,58	1.838.052	9,83	217,52	125,83	117.852
Trabalho e outros	2,79	660,09	972,36	173.717	1,44	447,74	350,55	17.272
Total	100,00			6.230.076	100,00			1.198.448

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

conforme ilustra o Gráfico 28, 57% dos homens idosos urbanos com renda positiva têm apenas rendimento de aposentadoria, enquanto 15% têm só rendimento do trabalho e 16% acumulam ambos os rendimentos. Para as mulheres, a situação é bem diversa: apenas 5% delas possuem só renda do trabalho e 44% têm renda de aposentadoria. Entretanto, na categoria "outros tipos de rendimentos"— cujos rendimentos de pensão são o destaque —, estão 30% delas e na categoria que acumula rendimentos de aposentadoria e outros tipos, estão 13%. É muito importante salientar, contudo, que este elevado percentual de mulheres com apenas rendimentos de aposentadoria (44%) é certamente um valor superestimado, que estaria "roubando" informação da categoria de pensões, dada a confusão que freqüentemente se observa na percepção dos indivíduos quanto às diferenças entre aposentadorias e pensões. É bastante comum, por exemplo, que viúvas percebam sua pensão como a aposentadoria herdada do marido falecido. Dessa forma, particularmente no caso feminino, a discriminação entre pensão e aposentadoria exige muita cautela.

A distribuição no meio rural é distinta, conforme ilustra o Gráfico 29. Menos homens têm apenas renda do trabalho (13%) ou apenas aposentadoria (38%) do que no meio urbano, mas a maior parte deles (41%) aufere ambos os rendimentos. Entre as mulheres idosas rurais, a percentagem daquelas que recebem só aposentadoria é de 67%. Cabe lembrar que a ampliação da previdência rural após a promulgação da Nova Constituição afetou profundamente o cenário da composição dos rendimentos dos idosos rurais. Dados relativos à PNAD de 1984 mostram que naquele ano 33% dos homens e 11% das mulheres idosas contavam somente com o rendimento de seu trabalho. Em 2002 esses números declinam para 13% e 1%, respectivamente, tendo aumentado a proporção daqueles que acumulam renda do trabalho e de aposentadoria.

GRÁFICO 28
BRASIL URBANO: PROPORÇÃO DE IDOSOS EM CADA CATEGORIA DE RENDA POR SEXO — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

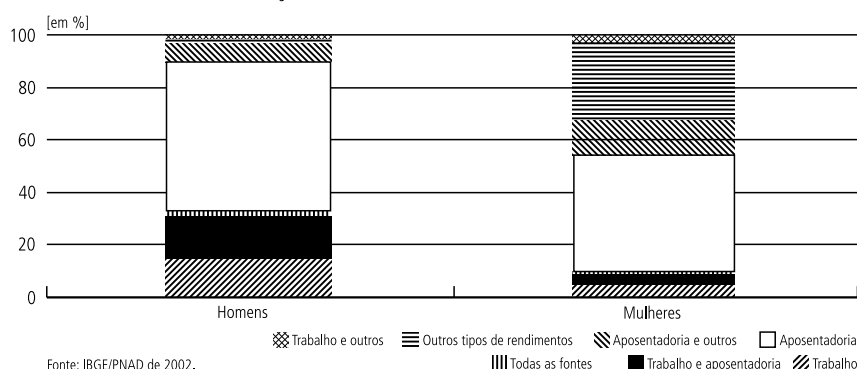
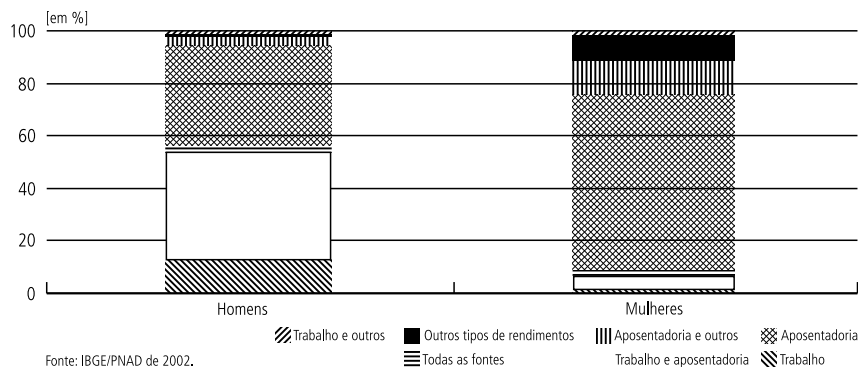



GRÁFICO 29

BRASIL RURAL: PROPORÇÃO DE IDOSOS EM CADA CATEGORIA DE RENDA POR SEXO — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

Outro tipo de abordagem é apresentado na Tabela 2, em que se verificam as proporções de idosos que recebem cada tipo de rendimento, decompondo os rendimentos em rendimentos do trabalho, aposentadoria, pensão, outra aposentadoria (privada), outra pensão (também privada), aluguel e outras. O Gráfico 30 apresenta o contraponto entre as proporções de homens e mulheres que percebem cada um desses tipos de rendimento e o seu valor médio, mostrando que os valores médios mais elevados são justamente aqueles provenientes de fontes de renda absolutamente privilegiadas: os aluguéis (recebidos por 5,13% dos homens e 3,3% das mulheres) e as aposentadorias privadas (recebidas por 1,1% dos homens e 0,6% das mulheres).

Os Gráficos 31 e 32 revelam os diferenciais de nível, assim como da tendência nos perfis etários de rendimentos femininos e masculinos dos idosos urbanos e rurais. O fato de que a tendência de declínio nos rendimentos com a idade seja muito mais marcante para os homens pode ser explicado pelas evidências apresentadas nos Gráficos 33 e 34 em que o rendimento do trabalho, o tipo de rendimento que mais obedece a um regime de declínio no final da vida ativa, é fração substancial apenas dos rendimentos masculinos (46% para os idosos urbanos e 52% para os rurais, no grupo 60-64 anos). Quanto às mulheres, aos 60-64 anos de idade, o rendimento do trabalho ainda é parte relevante de suas rendas (20% no urbano e 8% no rural), mas nas idades mais elevadas essa fonte de rendimento vai rapidamente dando lugar aos rendimentos de aposentadorias e pensões.

Examinando-se, por fim, a participação relativa dos rendimentos dos idosos na composição de sua renda familiar, é fácil verificar que a renda deles está longe de poder ser considerada desprezível para suas famílias. Ao contrário, no grupo de 60-64 anos, onde se encontra a maior proporção de idosos ativos, o rendimento

TABELA 2
BRASIL: PROPORÇÃO DE IDOSOS POR TIPO DE RENDIMENTO E MÉDIA DO RENDIMENTO DE CADA TIPO POR SEXO — 2002

Tipos de rendimento	Urbano				Rural			
	%	Média	Desvio	Número de observações	%	Média	Desvio	Número de observações
Homens								
Trabalho	35,38	879,30	1.837,87	4.010	58,43	314,63	641,1	1.536
Aposentadoria	81,07	653,59	1.094,63	9.189	84,29	239,69	441,45	2.216
Outra aposentadoria	1,11	1.859,29	2.935,88	126	0,19	1.493	1.508,69	5
Pensão	2,74	441,31	727,04	311	1,79	212,87	65,72	47
Aluguel	5,13	844,81	1.432,97	581	2,13	549,71	963,54	56
Outros tipos de rendimentos	4,69	350,54	958,38	532	4,94	139,4	251,41	130
Mulheres								
Trabalho	13,37	453,87	1.120,46	1.791	10,39	179,88	257,08	245
Aposentadoria	63,98	372,26	578,89	8.573	88,72	211,92	134,63	2.092
Outra aposentadoria	0,57	632,18	716,52	76	0,04	195		1
Pensão	40,34	466,85	753,89	5.405	22,60	234,3	232,15	533
Aluguel	3,30	652,53	1.091,75	442	0,72	518,53	1.175,05	17
Outros tipos de rendimentos	6,51	232,70	454,85	872	4,54	97,72	104,56	107

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

GRÁFICO 30

BRASIL URBANO: PROPORÇÃO DE IDOSOS POR TIPO DE RENDIMENTO E MÉDIA DO RENDIMENTO DE CADA TIPO POR SEXO — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

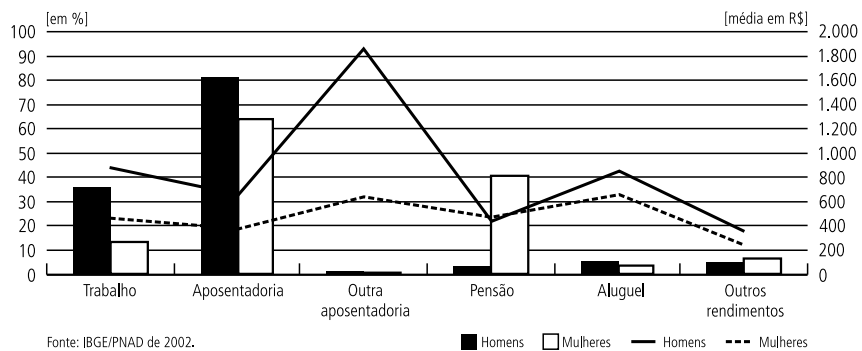



GRÁFICO 31

BRASIL URBANO: RENDIMENTOS MÉDIOS POR IDADE — TODAS AS FONTES — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

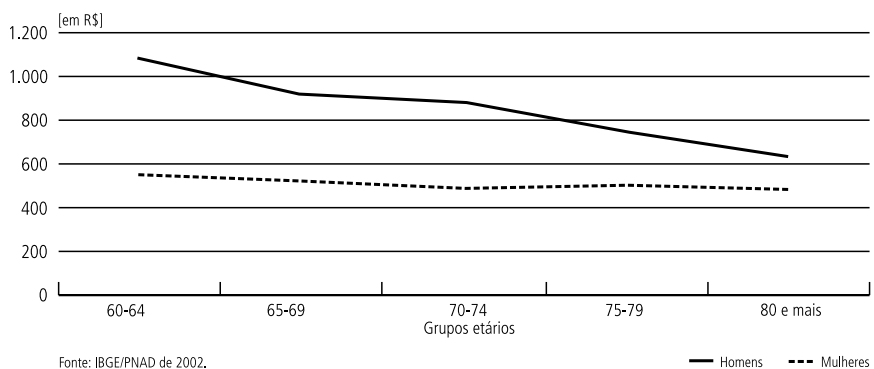



GRÁFICO 32

BRASIL RURAL: RENDIMENTOS MÉDIOS POR IDADE — TODAS AS FONTES — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

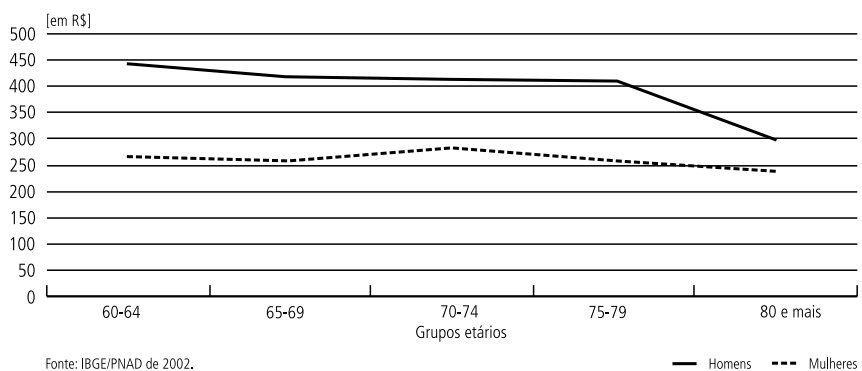



GRÁFICO 33
BRASIL URBANO: COMPOSIÇÃO DA RENDA DO IDOSO POR FONTES SEGUNDO SEXO E GRUPOS DE IDADE — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

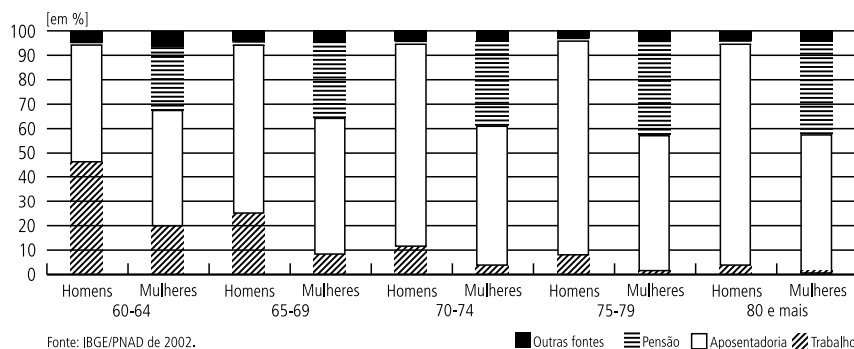



GRÁFICO 34
BRASIL RURAL: COMPOSIÇÃO DA RENDA DO IDOSO POR FONTES SEGUNDO SEXO E GRUPOS DE IDADE — 2002

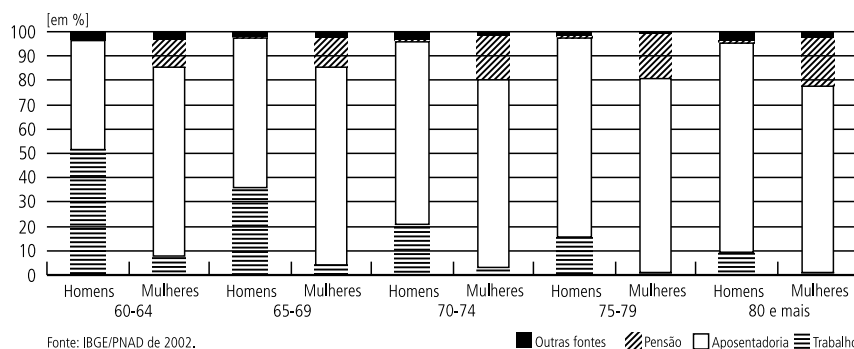
Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

dos homens corresponde a nada menos que 67% de sua renda familiar no meio urbano e 69% no rural, dos quais 31% são rendimentos do trabalho do idoso urbano e 37% do rural. É também fundamental observar que, ao contrário do que se poderia esperar, à medida que estes envelhecem, não diminui sua participação relativa na renda familiar (com exceção do grupo de 80 anos e mais, cujas comparações são menos precisas por se tratar de um grupo aberto); apenas se verifica uma mudança de composição segundo as fontes, com os rendimentos do trabalho perdendo lugar para as aposentadorias. Quanto às mulheres idosas, sua participação na renda familiar é também bastante estável, situando-se em torno dos 55% no meio urbano, para todas as idades, ao passo que, em se tratando das mulheres rurais, sua participação na renda familiar aumenta à medida que elas envelhecem, provavelmente pelo aumento da probabilidade de perda do cônjuge (Gráficos 35 e 36).

GRÁFICO 35
BRASIL URBANO: PARTICIPAÇÃO DA RENDA DO IDOSO NA RENDA FAMILIAR POR TIPO DE RENDIMENTO SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

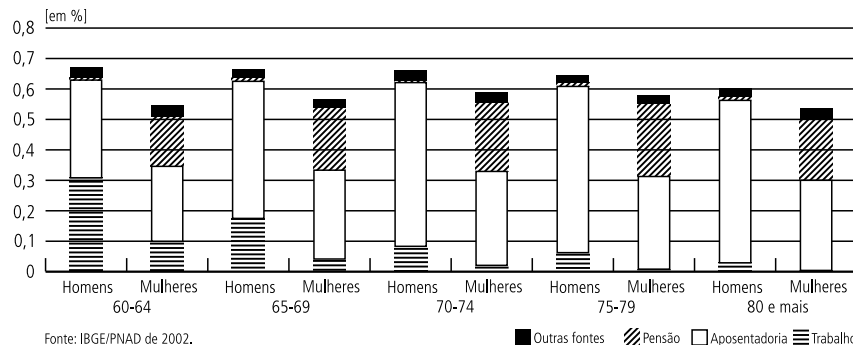
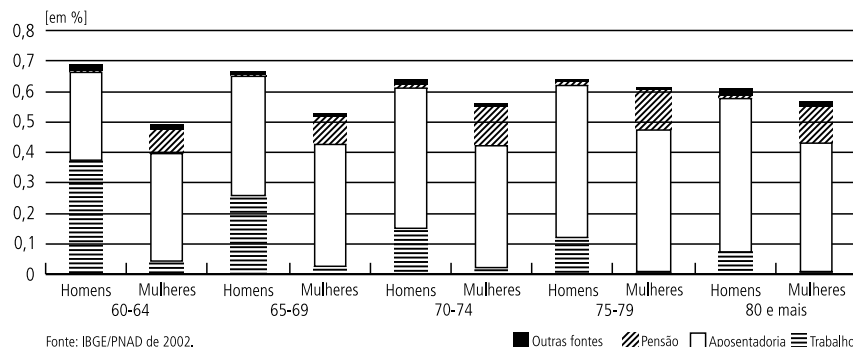



GRÁFICO 36
BRASIL RURAL: PARTICIPAÇÃO DA RENDA DO IDOSO NA RENDA FAMILIAR POR TIPO DE RENDIMENTO SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

Contudo, é necessário lembrar que esses altos valores de participação do idoso em suas rendas familiares referem-se a médias em que se misturam famílias em que vivem idosos coabitando com seus filhos e apenas os idosos (sozinhos ou em casais). Considerando-se exclusivamente os idosos que coabitam com outros membros da família, além dos cônjuges, como se verifica nos Gráficos 37 e 38, vemos que a situação não muda muito, ou seja, os idosos de fato participam com parcela significativa da renda de suas famílias, o que é mais expressivo entre os idosos que residem no setor de domicílio rural.[12] Cabe lembrar, porém, que esses dados não permitem verificar qualquer relação de dependência financeira que extrapole os limites da coabitação familiar.

12. Para outras avaliações da contribuição da renda dos idosos na renda familiar, consultar também neste livro: Camarano, Kanso e Mello, Delgado e Cardoso Jr. e Beltrão *et alii.*

GRÁFICO 37
BRASIL URBANO: PARTICIPAÇÃO DA RENDA DO IDOSO NA RENDA FAMILIAR POR TIPO DE RENDIMENTO SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA (APENAS IDOSOS QUE COABITAM COM OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA) — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

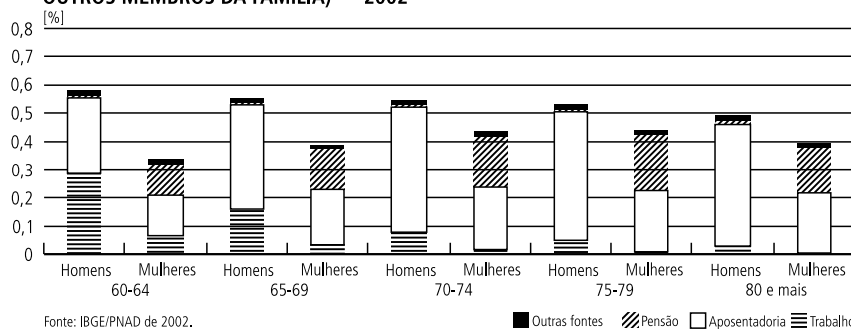
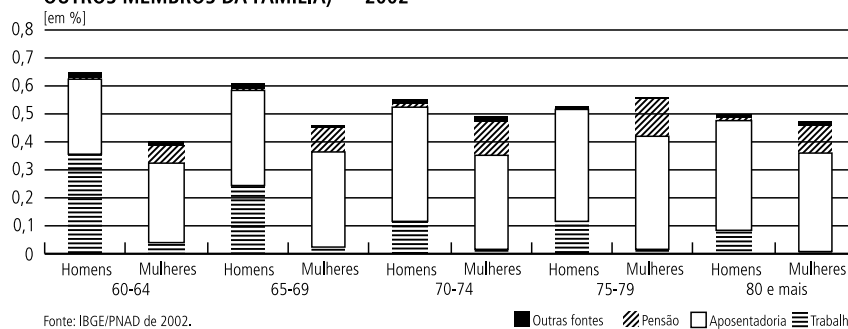



GRÁFICO 38
BRASIL RURAL PARTICIPAÇÃO DA RENDA DO IDOSO NA RENDA FAMILIAR POR TIPO DE RENDIMENTO SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA (APENAS IDOSOS QUE COABITAM COM OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA) — 2002

Fonte: IBGE/PNAD de 2002.

4 COMENTÁRIOS FINAIS

Neste artigo, foram apontadas a tendência de crescimento da participação dos idosos no mercado de trabalho brasileiro e, como conseqüência, a necessidade premente de se pensar cuidadosamente políticas de emprego focadas nesse contingente populacional cujo nível de qualificação, inferior ao da média da população adulta, dificilmente se pode modificar significativamente. De forma a identificar o alvo correto de tais políticas, procurou-se caracterizar a atividade econômica dos idosos, indicando tanto os subgrupos de maior participação quanto os tipos de atividade em que os idosos tendem a se concentrar.

Verificou-se, desse modo, que os idosos mais disponíveis para o trabalho (o que se reflete nas maiores taxas de atividade) são aqueles mais dependentes do rendimento da atividade econômica: os homens, os negros, os chefes de família,

os de menor renda familiar, os não-aposentados e os trabalhadores das ocupações manuais. Todavia, são os trabalhadores de maior nível de escolaridade os que encontram a maior probabilidade de se manter ocupados nas idades avançadas. Do ponto de vista da estrutura ocupacional do mercado de trabalho dos idosos, apontou-se a predominância destes nas atividades agrícolas e de serviços, nas posições de conta-própria e sem-remuneração (sobretudo para as mulheres do meio rural), e nas ocupações manuais. Entretanto, à medida que envelhecem, as ocupações manuais tendem a ceder espaço para as superiores, assim como os trabalhos de tempo integral dão lugar às jornadas mais curtas.

Em termos de tendências recentes, deve ser ressaltado o expressivo crescimento da proporção de aposentados entre os idosos economicamente ativos, como decorrência da ampliação da cobertura previdenciária pós-Constituição de 1988. De fato, como pode ser visto em outros artigos deste livro, entre 1981 e 2001 a proporção de aposentados acima de 60 anos de idade cresceu de 49% para 68% no meio urbano e de 59% para 92%(!) no rural. Entre as mulheres, esse aumento foi de 39% para 49% no meio urbano e de 43% para 79% no meio rural. Entretanto, esse crescimento estrondoso da cobertura previdenciária, sobretudo rural, não teve o impacto que se poderia esperar sobre a atividade econômica, ou seja, o benefício da aposentadoria, enquanto se reverteu em um importante instrumento de geração de renda familiar e combate à pobreza, aparentemente não gerou nenhum incentivo ao afastamento do trabalho. Com efeito, nesse mesmo período, as taxas de atividade masculinas ficaram praticamente constantes (crescimento de 36% para 38% no urbano e mantidas em 60% no rural) e as femininas cresceram (9% para 12% no urbano e de 13% para 19% no rural).

Assim, a tendência de manutenção dos níveis de atividade dos idosos, verificada na Seção 2, é reforçada pela evidência de que a ampliação do principal incentivo financeiro ao afastamento do trabalho, o benefício da aposentadoria, não parece estar produzindo esse resultado. A justificativa mais plausível dessa tendência é o impacto da renda do idoso (tanto a fatia proveniente da aposentadoria quanto a do trabalho) em sua renda familiar, que, considerando-se apenas os idosos que coabitam com outros familiares, chega a representar quase 60% do total da renda das famílias urbanas e quase 70% das rurais.

Dado o crescimento inexorável do peso relativo de idosos no mercado de trabalho brasileiro, enfatiza-se, uma vez mais, a necessidade, até o momento negligenciada, de adequar um número expressivo de novos postos de trabalho no Brasil à absorção de um contingente crescente de mão-de-obra idosa, com níveis de escolaridade inferiores ao da média populacional, de qualificação muitas vezes

defasada, de difícil reciclagem, mas aproveitando-se, em contrapartida, as vantagens comparativas oferecidas pela maturidade.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, R. P. de, MENDONÇA, R. *Uma análise da comparabilidade entre as principais pesquisas domiciliares brasileiras sobre emprego e desemprego*. Rio de Janeiro: IPEA, out. 1997 (Série Seminários).

BRUSCHINI, C., LOMBARDI, M. R. O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa. *Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambu, v. 1, p. 483-516, 1996.

HAYWARD, M. D., GRADY, W. Work and retirement among a cohort of older men in the United States, 1966-1983. *Demography*, v. 27, n. 3, p. 337-356, 1990.

HAYWARD, M. D., HERON, M. Racial inequality in active life among adult Americans. *Demography*, v. 36, n. 1, p. 77-91, 1999.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro, 1981 a 2002.

—————. *Mapa do mercado de trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro, 1994.

WAJNMAN, S., OLIVEIRA, A. M. H., OLIVEIRA, E. L. de. A atividade econômica dos idosos no Brasil. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, v. 1, p. 1-39, 1999.

WAJNMAN, S., RIOS-NETO, E. L. G. Projeção de oferta de trabalho no Brasil. *Mercado de Trabalho: Conjuntura e Análise*, Rio de Janeiro, IPEA, v. 9, p. 1-5, 1999.

CAPÍTULO 15

MOTIVAÇÕES FINANCEIRAS PARA AS PESSOAS DA TERCEIRA IDADE

Marcelo Neri
Do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getulio Vargas (CPS/IBRE/FGV) e da Escola de Pós-Graduação em Economia (EPGE/FGV)

Kátia Carvalho
Do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Alessandra Corsi
Do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getulio Vargas (CPS/IBRE/FGV)

1 INTRODUÇÃO

O capítulo seguinte, intitulado *O Capital dos Idosos*, avaliará o acesso dos idosos aos estoques de diversos tipos de recursos. O presente estudo tem como objetivo complementar essa análise, detalhando as motivações para acumulação ou desacumulação de recursos financeiros ao longo do ciclo da vida, com ênfase na população idosa.

Cada indivíduo tem motivação financeira própria — adquirir ou se desfazer de um ativo, um crédito ou um seguro específico —, buscando sempre melhorar de alguma forma seu bem-estar. Por exemplo, a compra de um imóvel pode ser para moradia, aluguel ou reserva de valor. Da mesma forma que estruturamos a análise da posse de ativos em capital físico, capital humano e capital social, ou poderíamos pensar ainda na tradicional trilogia das propriedades dos ativos de rentabilidade, risco e liquidez como motivadoras da sua demanda, propomos, inicialmente, uma tríade de tipos de efeitos causados pelos ativos no nível de bem-estar.

Primeiro, os indivíduos extraem utilidade diretamente do fato de possuir determinados tipos de ativos, como no exemplo do imóvel como moradia, logo quanto mais ativos acumulados ao longo do ciclo da vida maior será o nível de bem-estar desfrutado. O segundo efeito seria o de um alto nível de ativos poder aumentar a capacidade de geração de renda dos indivíduos e de suas famílias. Esse efeito, embora seja menos relevante para o retorno do capital humano de grupos de idade mais

avançada, devido à saída do mercado de trabalho, é extremamente importante em termos de outros tipos de ativos acumulados, como os financeiros ou reais.

O último efeito é o do aumento da posse de ativos melhorar a habilidade dos indivíduos em lidar com choques adversos de renda. O papel de suavização do consumo assumido pelos ativos depende da importância desses choques e de quanto são desenvolvidos os diversos segmentos do mercado financeiro que permitem amenizar os efeitos desses choques sobre o nível de bem-estar. Nesse caso, cobertura previdenciária pública e privada e seguro-saúde assumem papel de destaque entre a população idosa.

O trabalho está dividido em cinco seções, incluindo esta introdução.Na Seção 2, fazemos uma resenha da literatura sobre as motivações por trás da demanda de ativos de longo prazo das unidades familiares. Na Seção 3, buscamos, a partir de tabulações de uma pesquisa qualitativa realizada pela Associação Brasileira de Crédito e Poupança (Abecip), avaliar a relevância dessas motivações no contexto brasileiro. Na Seção 4, analisamos, a partir de microdados de uma série de pesquisas domiciliares à luz da resenha teórica e dos resultados qualitativos gerados, a trajetória do ciclo de vida de alguns recursos específicos. Considera-se como tal, ativos microempresariais e moradia mais sujeitos às restrições no mercado de crédito, além de fundos de previdência e planos de saúde que desempenham papel central como fonte de poupança e de seguro entre os idosos. Finalmente, a Seção 5 oferece uma síntese dos principais resultados encontrados.

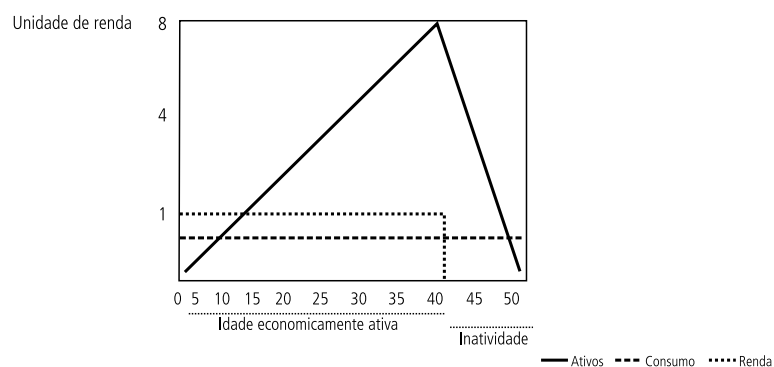
2 DEMANDA DE ATIVOS: MOTIVAÇÕES

O objetivo desta seção é fazer uma resenha das principais motivações que estão por trás da acumulação de ativos financeiros nas diversas etapas do ciclo da vida por parte das unidades familiares.

2.1 Ciclo da Vida

Poupar para a velhice advém do desejo individual de manter um padrão estável de consumo ao longo do ciclo da vida. Em função disso, os indivíduos abrem mão de uma parcela de consumo durante a vida ativa para poder estabilizar o padrão de consumo na velhice, quando, em geral, ocorre uma queda no rendimento do trabalho. Há, portanto, uma acumulação de ativos até a data da aposentadoria; a partir daí o estoque de ativos começa a ser utilizado para complementar os recebimentos de aposentadoria. A versão mais simples do modelo do ciclo da vida é aquela na qual consumo é constante ao longo da vida, não existe incerteza, a taxa de juros é nula, e a única mudança na renda ocorre quando o consumidor se aposenta.

O Gráfico 1 apresenta o caso que Modigliani (1986) denominou versão simplificada (*stripped down*) do modelo do ciclo da vida. Renda é constante durante L anos de vida de trabalho (L = 40 anos, por exemplo) e igual a 1 unidade, e então cai a 0 nos R anos de aposentadoria (R =10 anos, por exemplo). Consumo é constante ao nível de $L/(L + R)$ por período ou 80% da renda durante a vida de trabalho, de forma que a poupança é de 20% da renda por período $R/(R + L)$, chegando ao máximo de oito vezes a renda imediatamente anterior à aposentadoria.

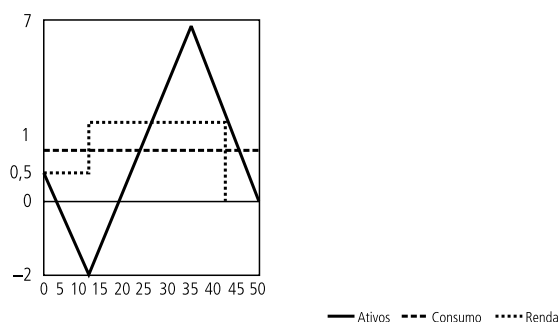
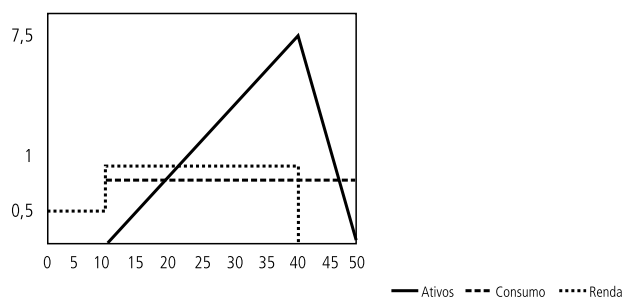
GRÁFICO 1

2.1.1 Uma visão complementar

A incorporação da possibilidade de endividamento no período inicial do ciclo da vida no esquema simples apresentado por Modigliani na sua *Nobel Lecture* nos fornece uma visão alternativa da análise do ciclo da vida. O endividamento dos grupos mais jovens representa um mecanismo alternativo de suavização do consumo e do bem-estar ao longo do ciclo da vida. O que ocorre é que, nas etapas iniciais do ciclo, os indivíduos estão entrando no mercado de trabalho, mas a sua renda geralmente é baixa. Como eles esperam passar por um período de ascensão profissional, tentarão utilizar os recursos futuros via endividamento, suavizando o consumo e a renda.

O Gráfico 2 incorpora essas características junto com a possibilidade de empréstimo no esquema simples de Modigliani de duas formas. Na primeira, os jovens conseguem contrair dívida, na segunda eles estão restritos no mercado de crédito. O gráfico divide o ciclo da vida em três etapas distintas: os primeiros 10 anos de idade ativa do indivíduo (J), quando a sua renda é baixa (igual a 0,5 unidade monetária); os 30 anos seguintes (L), período de maturidade profissional, cuja renda média do indivíduo é 1 unidade monetária; e os 10 últimos anos

GRÁFICO 2

CICLO DA VIDA INCORPORANDO A POSSIBILIDADE (OU NÃO) DE ENDIVIDAMENTO DOS JOVENS NA FASE INICIAL

A - Os jovens conseguem contrair empréstimos

B - Os jovens estão restritos por liquidez

do ciclo da vida (*R*), no qual o indivíduo se aposenta e financia o consumo com base nos ativos poupados durante o período anterior.

No Gráfico 2A, observamos o caso em que os indivíduos conseguem contrair empréstimo quando jovens. Nesse caso, o consumo médio do indivíduo será 0,7 ((0,5 x J + 1 x L)/J + L + R). Assim, na fase inicial, como o consumo dos indivíduos é maior do que a sua renda, eles irão contrair empréstimos, acumulando dívida (ativos negativos). Na segunda fase do ciclo, o aumento inicial da renda será utilizado, inicialmente, para cobrir a dívida anteriormente contraída, e só a partir de um certo ponto será possível acumular ativos para a aposentadoria.

No segundo caso (Gráfico 2B), os jovens não conseguem empréstimos. Observamos um caso de restrição por liquidez, no qual os indivíduos são obrigados a consumir toda a sua renda, ou seja, 0,5 unidade monetária. Nesse caso, na etapa inicial a acumulação de ativos será nula. Somente na segunda fase será possível

acumular ativos e suavizar o consumo. A partir dessa fase, o consumo será igual a 0,75 ($L/L + R$).

2.2 Restrições por Liquidez e Indivisibilidades

Em termos mais gerais do que o contexto simplificado do ciclo da vida apresentado anteriormente, os agentes restritos por liquidez são aqueles cujo desejo de consumo está além das disponibilidades líquidas. De acordo com o cenário exposto no Gráfico 3, os consumidores preferem estar no ponto C^*, onde suavizariam o consumo entre os períodos 1 e 2. No entanto, como a disponibilidade líquida é inferior ao desejo de consumo, a restrição à liquidez acaba por impedir o financiamento do nível desejado de consumo corrente. Nesse caso, o indivíduo consome toda a sua renda, ficando preso em uma solução de canto representada pelo ponto *A*.

onde:

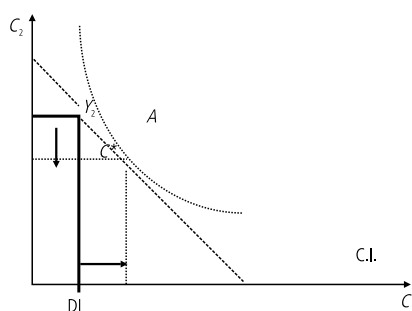
C_1 e C_2 representam o consumo nos períodos 1 e 2, respectivamente;

DL são as disponibilidades líquidas do período 1, ou seja, ativos herdados do passado mais renda corrente ($A_0 + Y_1$);

$Y2$ é a renda do período 2; e

CI é a curva de indiferença do agente.

Normalmente se esperaria que indivíduos restritos por liquidez não poupassem, já que poupança é vista como o excedente de renda em relação ao consumo. Contudo, alguns dos motivos apresentados para poupar podem ser reforçados pela existência de restrição por liquidez. Indivíduos restritos por liquidez seriam induzidos a acumular ativos financeiros como um *buffer-stock* contra incertezas.

GRÁFICO 3

Nos testes empíricos usuais de restrição por liquidez a mesma é avaliada a partir do montante de ativos que os indivíduos dispõem. Segundo Runkle (1991), pessoas com poucos ativos líquidos teriam dificuldades em tomar empréstimos e, portanto, estariam restritas por liquidez. Contudo, a inabilidade de tomar empréstimos não implica a inabilidade de poupar, podendo existir boas razões para que consumidores restritos por liquidez acabem por acumular até mais ativos financeiros.

Por exemplo, a acumulação financeira para aquisição de bens indivisíveis pode resultar da falta de acesso a crédito quando os fluxos de renda mensal, tomados individualmente, não são suficientes para compra de bens indivisíveis e de alto valor unitário, como imóveis,[1] ou ativos físicos ligados à produção microempresarial. Essa situação é induzida pela existência de racionamento e imperfeições no mercado de crédito. Nesse sentido, restrições por liquidez poderiam induzir a maior e não a menor acumulação de ativos.

Poupar para aquisição de bens é, portanto, resultado da interação de dois fatores: indivisibilidade dos bens e imperfeições no mercado de crédito. Os indivíduos que se apresentam numa situação de autarquia têm de acumular recursos por conta própria durante alguns períodos até que possam obter o bem indivisível. Similarmente, pessoas que querem começar um novo negócio são frustradas, freqüentemente, pela falta de acesso ao mercado de capitais, sendo forçadas a acumular ativos por antecipação.[2]

2.3 Precaucional

A demanda por ativos por motivos precaucionais se dá devido às incertezas do futuro, que afetam o bem-estar e o comportamento financeiro. Dado que poupança fornece recursos que estarão disponíveis no futuro, quando as incertezas forem resolvidas, a decisão de poupar estará também relacionada à natureza e extensão da incerteza.

Além da incerteza, a forma da função utilidade é importante para estabelecer a necessidade de poupar pelo motivo precaucional. A convexidade da função utilidade marginal é condição necessária para gerar um motivo precaucional para poupança. A idéia é que, em tempos ruins, quando o nível de consumo é baixo, as conseqüências são muito piores do que em tempos bons, quando o nível de consumo é alto. Portanto, a desutilidade marginal de perdas em consumo próximo aos

---

1. Itália e Japão são exemplos citados na literatura de países com altas taxas de poupança devido a racionamento de crédito.

2. A existência de consórcios permitiria reduzir à metade a poupança e o período de aquisição dos bens observados na ausência de crédito.

níveis de subsistência é maior do que a utilidade marginal de ganhos em tempos de relativa abundância. Com isso, indivíduos desistirão de alto consumo, quando isso for possível, a fim de se preparar para possíveis eventualidades. Quanto mais incerta for a renda futura, maior é a poupança e menor é o consumo presente.

Um caso que pode ser solucionado explicitamente é o da aversão ao risco absoluto constante, conhecido na literatura por CRRA.

Suponha que o consumidor maximize:

$$\max Et\left[\sum (-1/\alpha)\exp(-\alpha Ct)/0\right]$$

sujeito a:

$$At+1=(At+Yt-Ct)$$

e:

$$Yt=Yt-1+et \quad et \sim N(0,\sigma)$$

O consumidor tem aversão a risco absoluto constante, com coeficiente α e vive por T períodos. A taxa subjetiva descontada é igual à taxa de juros sem risco, e as duas são iguais a zero. A renda do trabalho segue um caminho aleatório com inovações normalmente distribuídas.

Da condição de primeira ordem do problema, observamos que o consumo ótimo satisfaz a seguinte equação de Euler:

$$Ct+1=Ct+(\alpha\sigma)/2+et \tag{1}$$

A poupança seria igual a:

$$St=-[1/(T-t)]At+(\alpha(T-t-1)\sigma/4 \tag{2}$$

A equação (1) mostra os efeitos de incerteza da renda na inclinação do caminho do consumo (equação de Euler). Incerteza na renda mais alta e maior prudência levam a uma inclinação mais íngreme da trajetória do consumo ao longo do tempo. A equação (2) apresenta o fluxo de poupança como função da riqueza, renda e incerteza. No caso de "equivalência de certezas" a solução seria dada apenas pelo

primeiro termo. Prudência é refletida no segundo termo: quanto maior a incerteza, maior o nível da poupança, para dados níveis de renda e de riqueza.[3]

Esse motivo também é fortalecido pela existência de restrição ao crédito. A possibilidade de tomar empréstimos em tempos ruins é uma alternativa que transmite segurança. Contudo, se essa alternativa não pode ser utilizada, provisão de poupança deve ser feita para tais eventualidades. Sem acesso a contratos de seguro, consumidores devem prover recursos com essa finalidade, através da acumulação de ativos adicionais.

2.4 Herança

Muito do debate atual sobre o comportamento da poupança em países desenvolvidos está focado na importância relativa dos motivos através do ciclo da vida (isto é, poupar para financiar o consumo durante a velhice) *versus* herança (isto é, poupar para financiar o consumo dos descendentes). Essas motivações são particularmente relevantes para entender a demanda por ativos entre a população idosa.

Indivíduos deixam herança, por pelo menos três razões:

a) Altruísmo. Há uma preocupação legítima com o bem-estar das gerações seguintes, então se poupa para suavizar o nível de consumo entre gerações.

b) Controle. O doador poupa para deixar bens para compensar seus herdeiros pelos serviços fornecidos por eles durante a vida do doador.

c) Acidente. Como a maioria dos indivíduos não sabe quando vai morrer, não consegue elaborar um planejamento exato dos recursos que necessitará até o último dia de sua vida. Mantém sempre com ele uma certa quantia que lhe permite viver além do que realmente vive, deixando, portanto, uma certa quantia quando morre.

Uma visão polar "altruística" de famílias foi discutida em Barro (1974). Nessa visão, famílias derivam utilidade não apenas de seu consumo presente, mas também do consumo futuro de seus filhos. Isso, efetivamente, significa que eles extraem bem estar do consumo de seus descendentes. Kotlikoff e Summers (1981) observaram que uma proporção substancial de poupanças americanas estava relacionada às heranças. Outras evidências a favor de presentes entre gerações foram destacadas também por Mirer (1979).

3. Note-se que o argumento está uma derivada acima do efeito de aversão ao risco que afeta a composição do estoque de riqueza. Prudência afeta a decisão de consumo e, para isso, está relacionada à curvatura da utilidade marginal, ou seja, a terceira derivada da função utilidade.

Barro se baseia na hipótese de que os pais deixam heranças para seus filhos porque se preocupam com eles. Bernheim, Shleifer e Summers (1985) discutem a segunda razão pela qual os indivíduos deixam herança já colocada, e sugere que os pais usam as heranças para controlar os filhos. Os pais usam a ameaça de cortar a herança para induzir os filhos a dar-lhes atenção.

Para testar essa "motivação estratégica das heranças" foram examinados dados relativos à freqüência com que os filhos visitam os pais. Verificou-se que quanto mais ricos os pais, mais assíduas as visitas dos filhos. Além disso, só a riqueza que pode ser deixada como herança induzia um número maior de visitas. A riqueza que não podia ser deixada, como pensões que cessam com a morte do pensionista, não estimula a visita dos filhos. Essas evidências sugerem que pode haver outros motivos para as transferências de riqueza intrageracionais do que o mero altruísmo.

Uma importante fonte de incerteza no consumo é com relação ao momento da morte e as despesas de saúde dos indivíduos. Quanto menor for a expectativa de vida, menor o consumo que será realizado depois da aposentadoria. Sendo assim, quanto poupar para a aposentadoria e para heranças, sejam elas altruístas ou estratégicas, depende também do grau de incerteza.

3 ANÁLISE EMPÍRICA

3.1 Ciclo da Vida e Fluxos de Renda

Como vimos, o ciclo da vida de Modigliani é freqüentemente apresentado como a principal motivação para demanda ao longo do prazo de ativos financeiros. A idéia é que os indivíduos poupam ao longo da vida visando suavizar o seu consumo e garantir o seu bem-estar, principalmente nas etapas finais do ciclo da vida quando a renda do trabalho tende a diminuir.

Apresentamos a seguir uma série de gráficos (Gráficos 4A até 4F) com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1996, com as trajetórias da evolução das rendas individuais para diferentes grupos de escolaridade que pode ser percebida como aproximação da renda permanente dos indivíduos. Em primeiro lugar, o aumento das rendas alternativas ao trabalho pode ser interpretado como evidência de um acúmulo prévio de recursos financeiros ao longo da vida, com o objetivo de suavizar o consumo e manter o nível de bem-estar constante nas etapas finais do ciclo da vida, quando a renda do trabalho é reduzida.

Passamos, agora, ao conceito de renda familiar *per capita* das diferentes fontes de rendas classificadas pela idade dos indivíduos (isto é, com exceção da renda dos chefes dos domicílios) utilizando-se os dados do Censo de 2000.

GRÁFICO 4A
MENOS DE 1 ANO COMPLETO DE ESTUDO

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados da PNAD/IBGE de 1996.

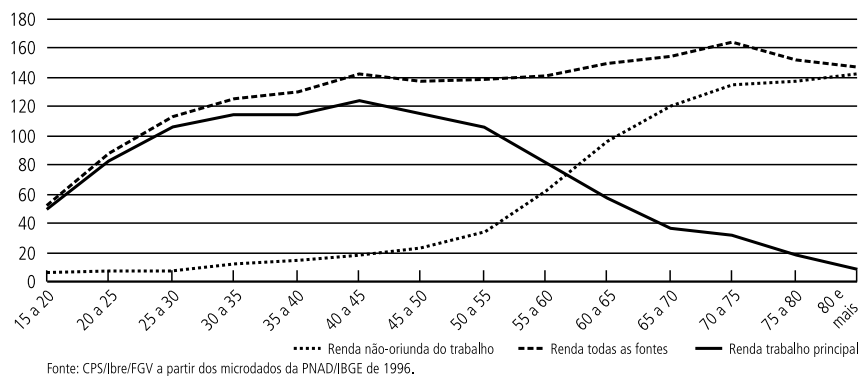



GRÁFICO 4B
ENTRE 1 E 4 ANOS COMPLETOS DE ESTUDO

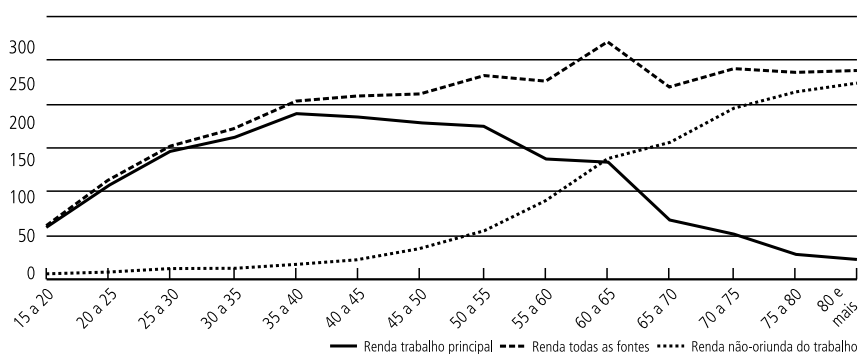



GRÁFICO 4C
ENTRE 4 E 8 ANOS COMPLETOS DE ESTUDO

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados da PNAD/IBGE de 1996.

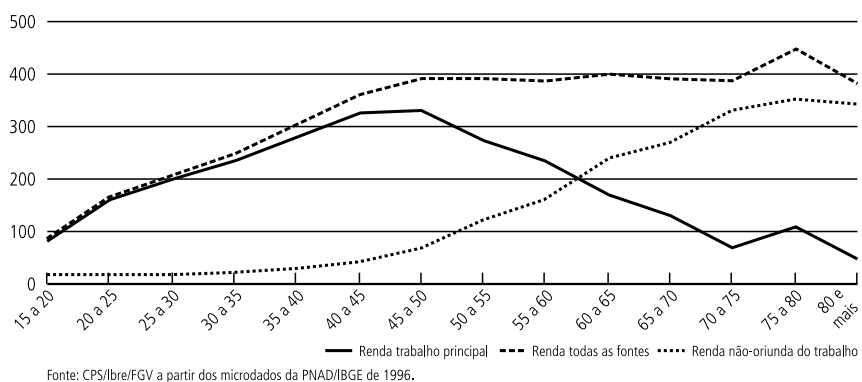



GRÁFICO 4D
ENTRE 8 E 12 ANOS COMPLETOS DE ESTUDO

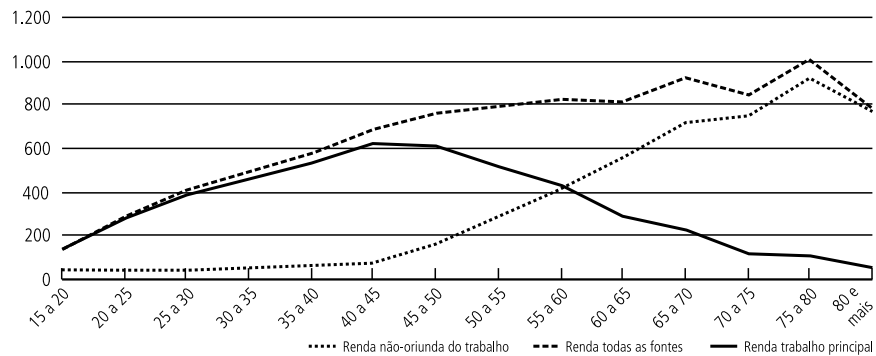



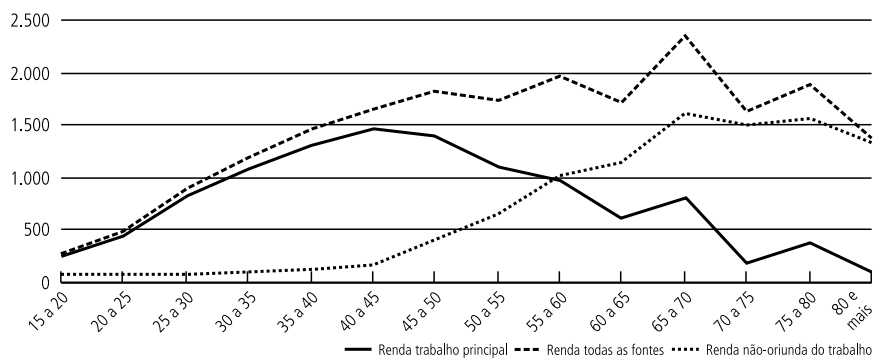
GRÁFICO 4E
ENTRE 12 E 15 ANOS COMPLETOS DE ESTUDO

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados da PNAD/IBGE de 1996.

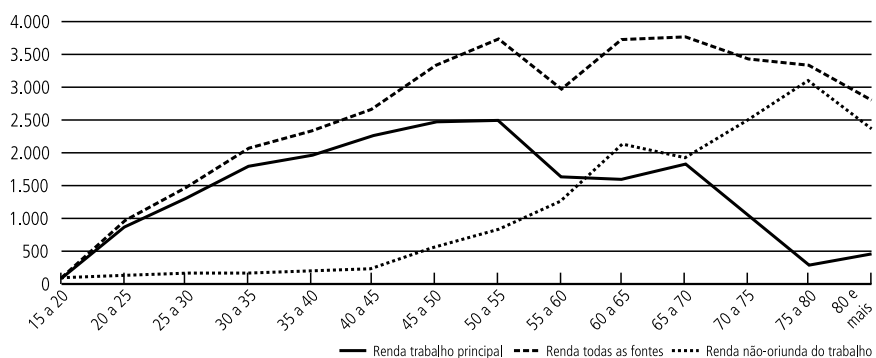
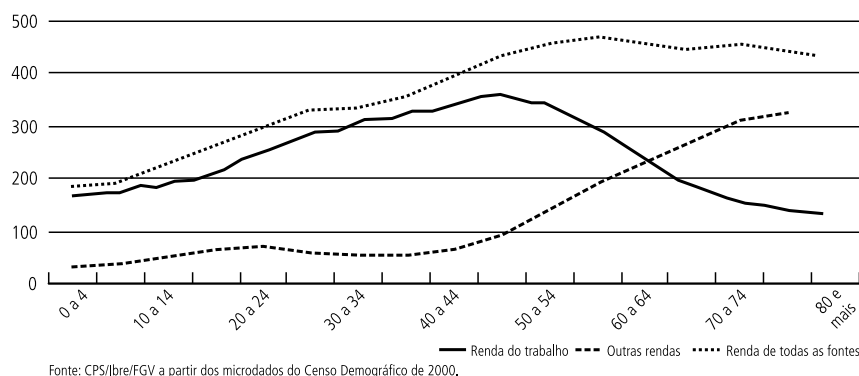
GRÁFICO 4F
MAIS DE 16 ANOS COMPLETOS DE ESTUDO

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados da PNAD/IBGE de 1996.

GRÁFICO 5
EVOLUÇÃO DA RENDA *PER CAPITA* AO LONGO DO CICLO DA VIDA

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000.

A seguir, pode-se observar uma série de gráficos referentes aos perfis do ciclo de vida absolutos e relativos de fluxos de renda familiar *per capita* de diferentes fontes, tais como: trabalho principal, demais trabalhos, aluguel, aposentadorias e pensões, transferências privadas e transferências públicas. A renda do trabalho principal (Gráficos 6A e 7A) apresenta o formato de sino atingindo o pico absoluto de R$ 327 em torno de 45 a 49 anos de idade e o pico relativo a 10 anos antes correspondendo a 86% da renda total. Caindo monotonicamente a partir daí até cerca de 30% para aqueles com mais de 80 anos, correspondendo a um valor absoluto de R$ 125.

A renda de outros trabalhos (Gráficos 6B e 7B) está um nível bem menor do que o da renda do trabalho principal. No entanto, apresenta formato semelhante na segunda fase do ciclo de vida, caindo de um pico de R$ 13 entre 45 e 49 anos

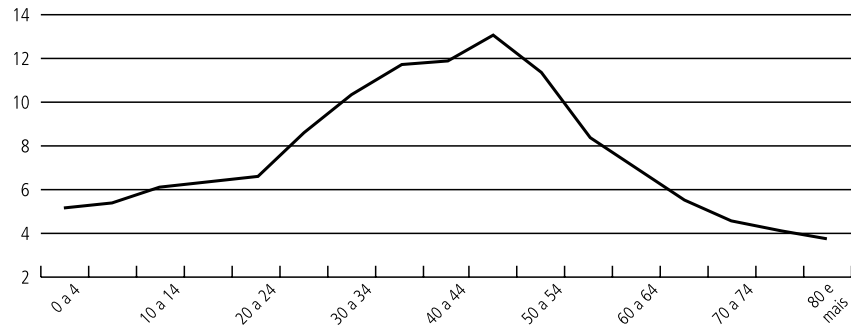
GRÁFICO 6A
RENDA DO TRABALHO PRINCIPAL POR IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000.

GRÁFICO 6B
RENDA DOS DEMAIS TRABALHOS POR IDADE

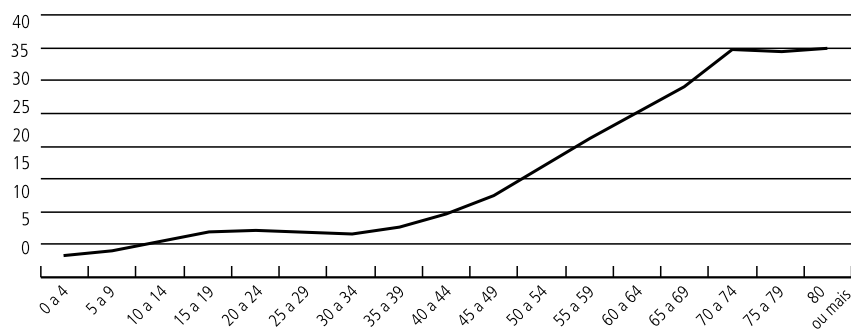
GRÁFICO 6C
RENDA DE ALUGUEL POR IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000.

GRÁFICO 6D
APOSENTADORIAS E PENSÕES POR IDADE

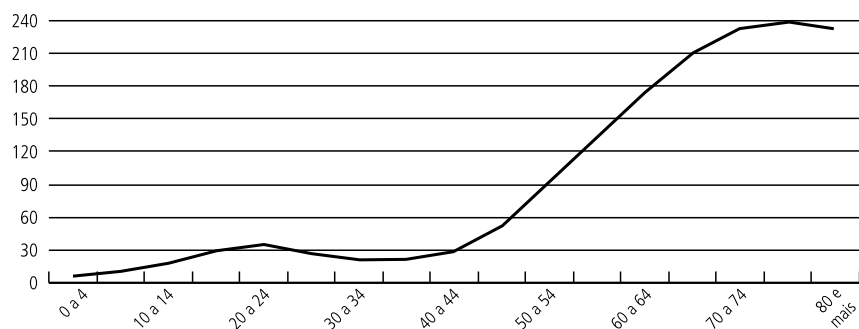



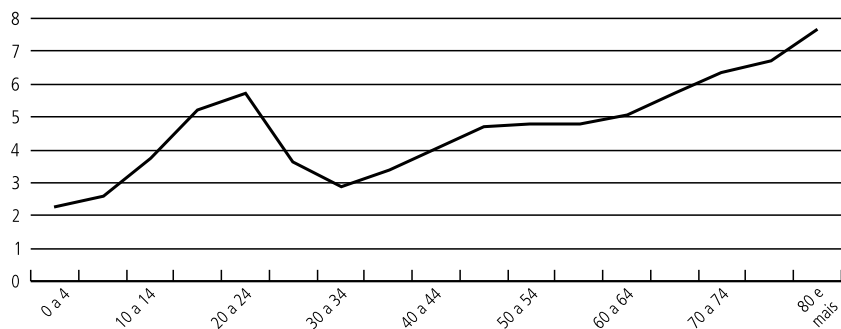
GRÁFICO 6E
TRANSFERÊNCIAS PRIVADAS POR IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000.

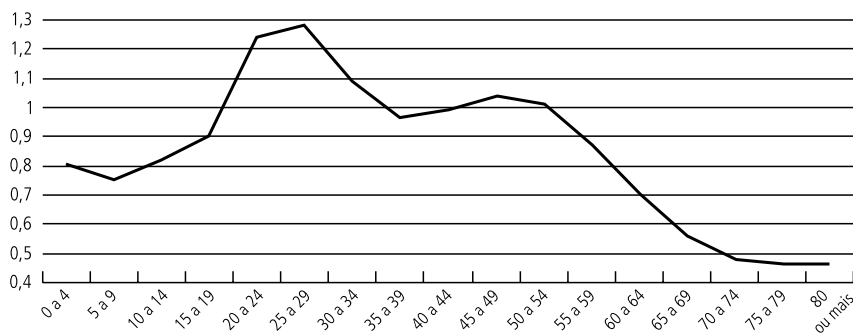
GRÁFICO 6F
TRANSFERÊNCIAS PÚBLICAS POR IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados da PNAD/IBGE de 1996.

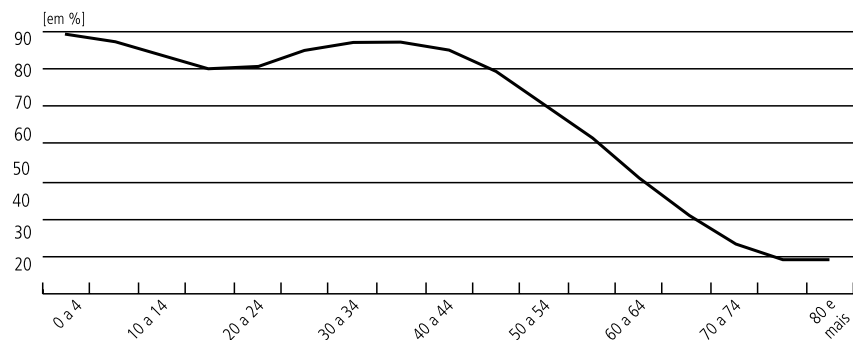
GRÁFICO 7A
RENDA DO TRABALHO PRINCIPAL POR IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000.

GRÁFICO 7B
RENDA DOS DEMAIS TRABALHOS POR IDADE

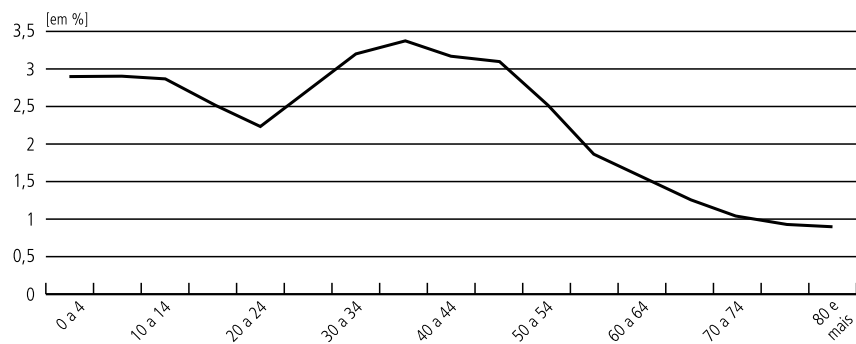



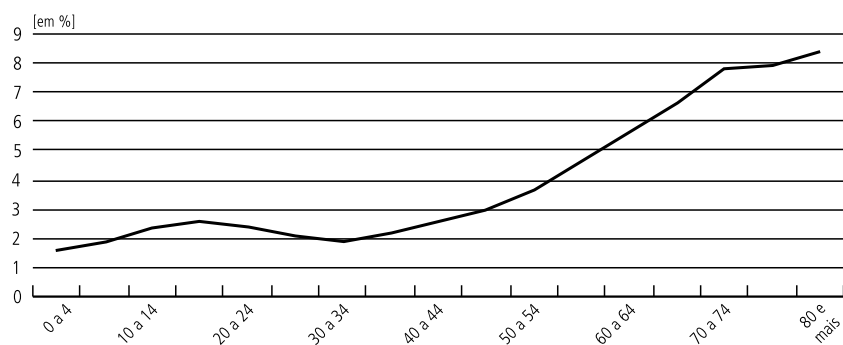
GRÁFICO 7C
RENDA DE ALUGUEL POR IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000.

GRÁFICO 7D
APOSENTADORIAS E PENSÕES POR IDADE

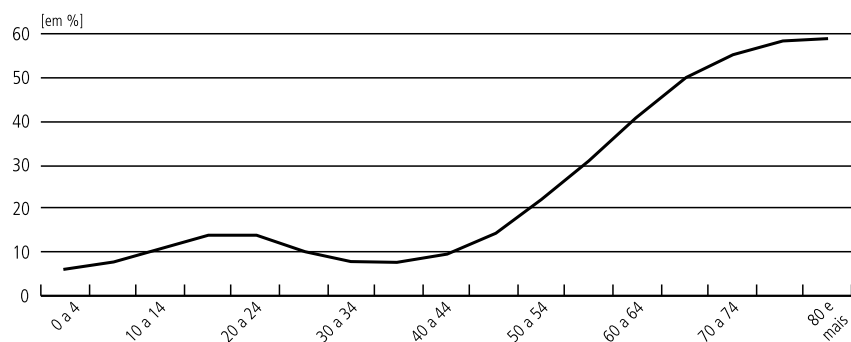



GRÁFICO 7E
TRANSFERÊNCIAS PRIVADAS POR IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000.

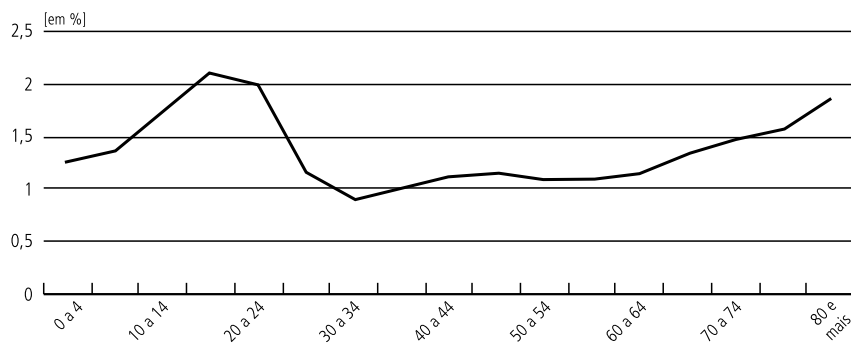
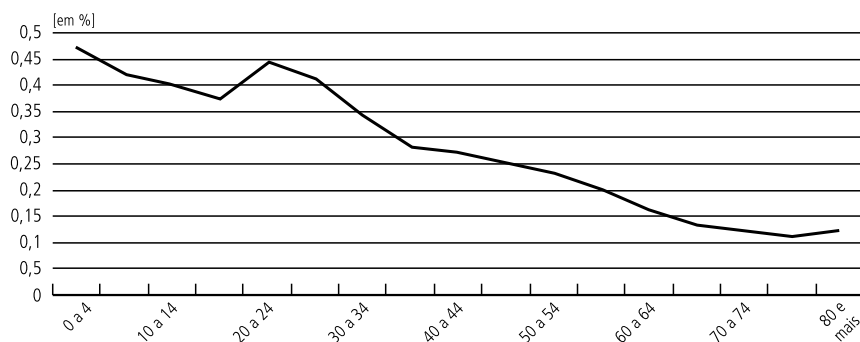



GRÁFICO 7F
TRANSFERÊNCIAS PÚBLICAS POR IDADE

de idade, ou 3% da renda total, para R$ 3, ou 0,8%, na faixa de 80 anos ou mais. A diferença se dá na primeira metade do ciclo da vida quando as rendas secundárias crescem a taxas absolutas e relativas menores, indicando menor diversificação ocupacional, o que implica maior risco financeiro.

Cada grupo das rendas que não são derivadas do trabalho apresenta um comportamento crescente ao longo do ciclo da vida, como é o caso da renda de aluguel, que constitui uma primeira *proxy* da evolução do estoque de riqueza imobiliário — não usado como casa própria —, atingindo o valor de R$ 34 entre os mais idosos. Já a trajetória das outras rendas incluindo as transferências públicas, como também aquelas originadas de aplicações financeiras, indica a acumulação de capital ao longo do ciclo da vida, onde o pico se dá na faixa de 75 a 80 anos, no valor de R$ 20,45. Contudo, as transferências privadas seguem padrão similar

por um motivo distinto, no qual os membros da família mais novos complementariam a renda dos idosos, atingindo o pico de R$ 7,3 para aqueles com 80 anos ou mais. Esse resultado indicaria os idosos como receptores líquidos de transferências privadas.

Na composição de rendas, as aposentadorias e pensões são a maior renda para os idosos. Sendo importante destacar que, mesmo na população com mais de 60 anos, a renda de aposentadorias continua a ter um comportamento crescente com a idade.

3.2 Comportamento Financeiro de Longo Prazo

Esta seção visa discutir qualitativa e empiricamente o comportamento financeiro dos indivíduos, com especial ênfase naqueles com idades mais avançadas. Os dados referentes à análise estão detalhados no Anexo Estatístico.

3.2.1 Perfil financeiro

Começaremos traçando um perfil dos poupadores por grupos etários, segundo a Pesquisa de Comportamentos Financeiros, da Abecip. A pesquisa da Abecip foi realizada até 1987 nas oito regiões metropolitanas brasileiras (Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre) e proporciona um quadro geral do comportamento financeiro dos indivíduos. A fim de investigar esse comportamento financeiro ao longo do ciclo da vida, os indivíduos são divididos em três grupos de idade: 18 a 29 anos, período em que estão entrando no mercado de trabalho e começam a adquirir bens e acumular ativos; 30 a 49 anos, auge profissional e, portanto, intensificação do processo de acumulação de ativos; mais de 50 anos,[4] quando se inicia o processo de aposentadoria.

A pesquisa da Abecip sobre finanças dos consumidores mostra que 53% dos adultos possuíam algum ativo financeiro. Essa proporção aumenta à medida que caminhamos para grupos mais velhos, de 48% entre os mais jovens para 57% entre os mais velhos. Essa pesquisa também revela que o ativo financeiro mais popular no Brasil é a caderneta de poupança: 82% dos indivíduos que possuem algum ativo financeiro possuem cadernetas de poupança. Os poupadores com mais de 50 anos são os que mais utilizam a caderneta (87%). A alta proporção de aplicadores em caderneta entre a população significa que pouco se perde quando se restringe o espectro de ativos financeiros a esse ativo.

Em 1987, existiam cerca de 70 milhões de cadernetas de poupança ativas no Brasil, podendo cada poupador reter mais de uma. Os dados da Abecip mostram

4. Os dados da Abecip foram organizados de forma categórica; assim, os idosos estão incorporados ao grupo acima de 50 anos.

que, na mesma época, a média de cadernetas para cada poupador adulto era de 1,4. A quantidade de cadernetas por pessoa aumenta conforme a idade, ou seja, os mais velhos são os que retêm maior quantidade, aproximadamente 1,6. Entre os mais jovens, essa estatística corresponde a 1,3. O saldo médio de cadernetas de poupança dos poupadores com mais de 50 anos também é superior ao dos mais jovens (20 e 11 salários mínimos, respectivamente)

Uma primeira explicação para a popularidade das cadernetas reside nos baixos pisos de renda impostos para a abertura das mesmas. Esses menores pisos são explicados pela simplicidade operacional conferida pelo seu período mensal de capitalização. Essa filosofia, adotada quando as cadernetas foram introduzidas pela primeira vez, implica a ausência de entradas à barreira em instituições oficiais, como a Caixa Econômica Federal. Em 1987, 36% dos proprietários de poupança possuíam depósitos nessa instituição.

Uma indicação para o fácil acesso às cadernetas são explicações oferecidas por "não posse de cadernetas" onde os itens "limite aberto muito alto" aparece com uma proporção nula entre todas as faixas etárias. Por outro lado, a preferência pela caderneta de poupança entre os idosos é sugerida porque apenas 2% dos indivíduos com mais de 50 anos justificam sua "não-posse de cadernetas" pelo fato de preferirem outro ativo, justificativa apresentada por aproximadamente 38% dos poupadores entre 18 e 35 anos.

A popularidade das cadernetas de poupança entre os mais velhos pode ser explicada por dois motivos: primeiramente por estes não terem participado tão ativamente das inovações do mercado financeiro, como fundos de ações, operações em mercado aberto etc. Em segundo lugar, eles tendem a ser mais conservadores e a caderneta de poupança é considerada uma das aplicações financeiras mais seguras. Como conseqüência, os ativos que possuem maior risco apresentam maior relevância para o grupo de idade intermediário. Nesse grupo aproximadamente 5% aplicam em mercado de ações e 2% em *open market*, enquanto, entre os mais velhos, essas estatísticas correspondem a 2% e 1%, respectivamente.

Dentre as características reconhecidas como importantes pelos depositantes, o risco de investimento, captado pelo quesito segurança, aparece em primeiro lugar, (42%). Em seguida, figura o quesito rentabilidade (29%). Liquidez aparece depois, mas muito abaixo (3%). A facilidade da aplicação também teve algum destaque (3%). Em termos do trinômio rentabilidade, risco e liquidez, apenas o quesito rentabilidade se diferencia entre os grupos de idade, aparecendo com maior peso entre os poupadores mais jovens (31%) comparados aos 22% dos mais velhos, refletindo maior margem de substituição entre ativos preferidos pelos primeiros.

3.2.2 Motivações financeiras

As questões qualitativas da Abecip acerca dos objetivos e motivações dos indivíduos ao aplicar ou não em cadernetas de poupança nos permitem investigar a importância das abordagens teóricas discutidas anteriormente no comportamento financeiro dos indivíduos ao longo do ciclo da vida.

De acordo com a pesquisa, o motivo precaucional é o mais importante entre os poupadores brasileiros. O principal objetivo para a maioria dos poupadores, ao abrir uma caderneta de poupança, é o de utilizar o dinheiro poupado em uma emergência (44%).[5] Essa motivação se apresenta mais forte para os poupadores com mais de 50 anos (51%). Dessa forma, a maioria dos idosos declarou que poupa para se proteger de incertezas de renda, conforme o modelo de poupança precaucional visto no início do artigo.

A segunda motivação de maior importância para os poupadores é economizar fundos para o futuro, que, conforme o esperado, é ligeiramente maior entre os mais jovens (30%) do que entre os mais velhos (28%). Essa estatística não é inconsistente com a teoria do ciclo da vida de Modigliani, mas vejamos essa questão com outros detalhes.

Outra evidência da teoria do ciclo da vida é a pretensão de aplicar ou retirar fundos da poupança no futuro. A intenção de investir em caderneta de poupança no futuro diminui quando caminhamos para grupos de idade mais avançada. Entre os indivíduos entre 18 e 29 anos, essa proporção corresponde a 78% contra 63% entre os indivíduos com mais de 50 anos. Os mais jovens são os que depositam dinheiro com maior freqüência: 38% depositaram dinheiro na poupança pela última vez, há menos de um mês, enquanto entre os mais velhos 38% depositaram dinheiro pela última vez em sua caderneta há mais de um ano. A data média do último depósito em cadernetas é de cinco meses para os grupos mais jovens e de oito meses para os mais velhos. O principal motivo entre os mais velhos de não depositarem dinheiro na caderneta de poupança é a falta de um excedente monetário (93%). A preferência por outras aplicações é um dos motivos relevantes para os mais jovens (21% contra 2% entre os mais velhos) não aplicarem em caderneta de poupança.

Ainda de forma consistente com o ciclo da vida, a intenção de retirar o dinheiro da poupança tem uma trajetória crescente (7% do grupo mais jovem

---

5. Coincidentemente, Carrol e Samfwick (1994) estimam que a poupança, por motivos precaucionais, responde por 40% da acumulação do estoque de riqueza americano. Tobin (1967) chama a atenção que a relação entre o estoque agregado de riqueza e o Produto Interno Bruto (PIB), segundo a versão simplificada do ciclo de vida, apresentada no início deste artigo, seria próxima àquela observada nos Estados Unidos. Os dados para o caso brasileiro encontrados em Morandi (1997) são razoavelmente próximos ao resultado citado por Tobin.

comparado a 17% do grupo com mais de 50 anos). Os mais velhos são também os que retiram dinheiro da caderneta com mais freqüência — 19% fizeram retiradas da poupança há menos de um mês. Entre os mais novos, essa estatística representa 8%. Por outro lado, 24% dos jovens nunca retiraram dinheiro da caderneta de poupança, e 18% entre os mais velhos também não o fizeram. Esses resultados revelam a preocupação dos mais jovens em acumular ativos para garantir um padrão de vida estável no futuro, enquanto os mais velhos utilizam, em maior proporção, a poupança acumulada para compensar perdas de renda.

De fato, a principal motivação para retirar dinheiro da caderneta de poupança futuramente para os poupadores com mais de 50 anos é o de completar o orçamento (74%). No caso dos poupadores mais jovens, entre 18 e 29 anos, essa proporção é de 24%. Entre os mais jovens, um dos principais motivos para retirar dinheiro da poupança no futuro é o de aplicar em outros investimentos (10% entre 18 e 29 anos e 24% entre 30 e 49 anos).

Segundo a Abecip, os brasileiros não têm o hábito de poupar para deixar herança para a sua família. A proporção de pessoas que poupam para dar um futuro melhor para a sua família é insignificante (0,39%). Nesse caso, as eventuais heranças deixadas para os seus descendentes podem ser consideradas como acidentais.

A restrição por liquidez, que, como vimos, induziu a acumulação prévia de recursos por parte dos indivíduos para adquirir ativos de valor superior às suas possibilidades líquidas, pode ser percebida pela alta proporção de indivíduos que poupam para adquirir ativos físicos de alto valor, como imóveis, construção etc. e também para adquirir itens não-tangíveis, como casamento, festas e, em alguns casos, viagens. Um outro exemplo de bem indivisível é a abertura do próprio negócio. Em geral, as pessoas precisam poupar durante um bom período para poder montar o seu próprio negócio. Segundo a pesquisa da Abecip de 1987, uma grande parte dos indivíduos poupa para comprar bens e imóveis, principalmente entre os mais jovens. Essa proporção corresponde a 15%, em média, para os indivíduos com menos de 50 anos, contra 9% para aqueles com mais de 50 anos. Uma boa parte dos indivíduos entre 18 e 29 anos também poupa para viajar (4%). Por outro lado, a proporção de pessoas que poupam para construção, casamento e para montar o próprio negócio é pequena (menos de 0,5%).

4. MOTIVOS, ATIVOS E CICLO DA VIDA

4.1 Visão Geral

Em função da revisão teórica e dos resultados qualitativos mencionados anteriormente, privilegiamos aqui a análise de alguns recursos que ocuparam lugar de destaque, tais como: *a*) previdências pública e privada que suavizam as flutuações da renda do trabalho, conforme sugerem a teoria do ciclo da vida e a evidência apresentada; *b*) ativos microempresariais e de moradia mais sujeitos a restrições no mercado de crédito; e *c*) planos de saúde que desempenham papel precaucional em relação aos riscos de saúde para as pessoas idosas.

4.2 Ciclo da Vida e Contribuições Previdenciárias

A queda da renda do trabalho ao longo do ciclo da vida reflete a redução da taxa de ocupação nas fases finais do ciclo, sendo necessário a busca de outras fontes de renda para que se possa sustentar o mesmo patamar de bem-estar ao longo dos anos. O Gráfico 8 apresenta as taxas de ocupação por faixa etária. Como verificado nos gráficos relativos à renda do trabalho, a taxa de ocupação apresenta um formato de U invertido, atingindo o pico na faixa de 35 a 45 anos.

Uma questão fundamental para avaliar a motivação inicialmente apresentada por Modigliani na teoria do ciclo da vida é a contribuição previdenciária, seja ela pública ou privada. Os Gráficos 9A e 9B apresentam as taxas de contribuição para a previdência social e para a previdência privada entre a população ocupada.

A taxa de contribuição privada é quase dez vezes menor do que a social, em média. Os percentuais são 2,68% e 20,31%, respectivamente. Avaliando pelas faixas etárias, observa-se que as faixas com maiores taxas de contribuição são distintas,

GRÁFICO 8
TAXA DE OCUPAÇÃO

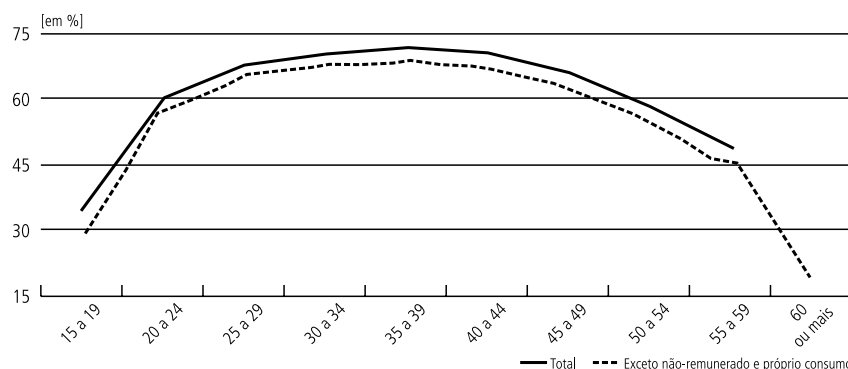



GRÁFICO 9A
TAXA DE CONTRIBUIÇÃO PARA PREVIDÊNCIA SOCIAL — POPULAÇÃO OCUPADA

Fonte: CPS/FGV a partir dos microdados da PNAD de 2002/IBGE.

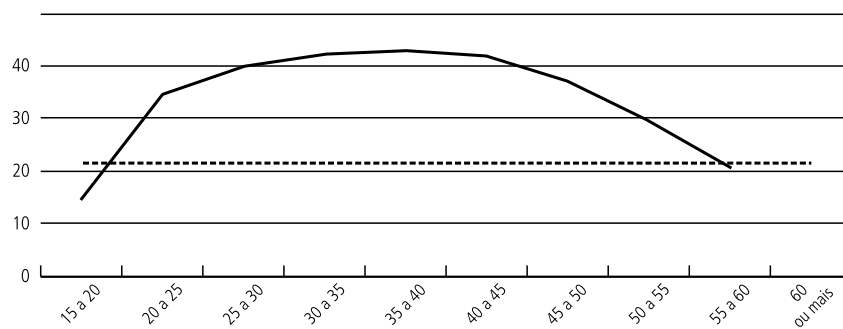
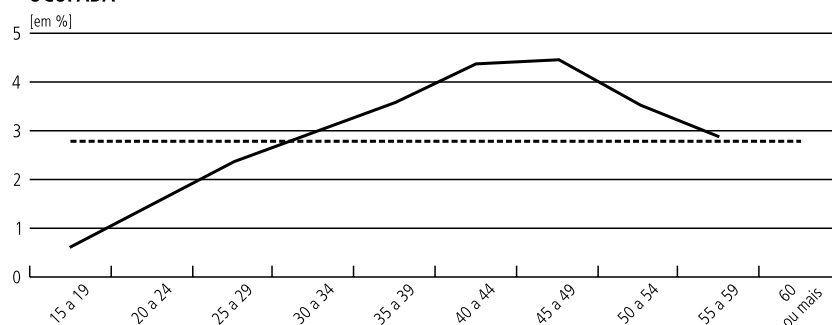



GRÁFICO 9B
TAXA DE CONTRIBUIÇÃO PARA PREVIDÊNCIA PRIVADA POR IDADE — POPULAÇÃO OCUPADA

dependendo do tipo de previdência. Os que contribuem para a previdência pública são mais uniformemente distribuídos nas faixas entre 25 e 50 anos, com o pico na faixa de 35 a 40 anos (41,57%). Já o pico da contribuição para previdência privada está na faixa de 45 a 49 anos (4,36%).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 1996, do IBGE, nos permite conhecer o volume monetário gasto na contribuição para a previdência entre a população metropolitana ocupada no setor privado. Observa-se que o volume da contribuição é crescente, de acordo com a idade, até o grupo de 40 a 45 anos. Já a razão entre a contribuição e a renda é decrescente ao longo do ciclo da vida, em função do maior crescimento da renda média comparada ao valor da contribuição média até os 50 anos e por uma queda esperada do volume de contribuição dos idosos à medida que esses entram na idade de aposentadoria.

GRÁFICO 10A
CONTRIBUIÇÃO/RENDA — OCUPADOS PRIVADOS

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados da POF de 1995.1996.

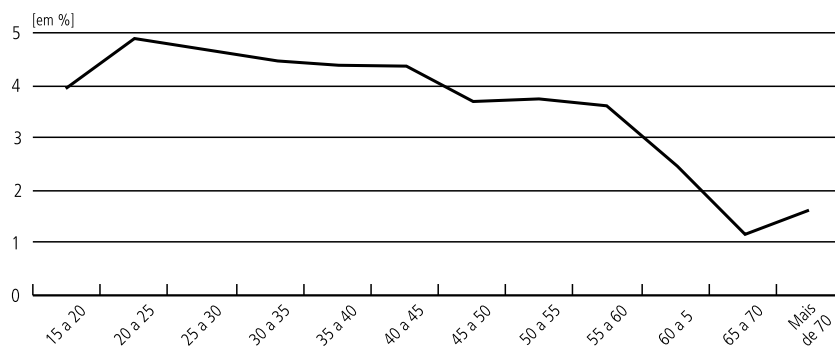
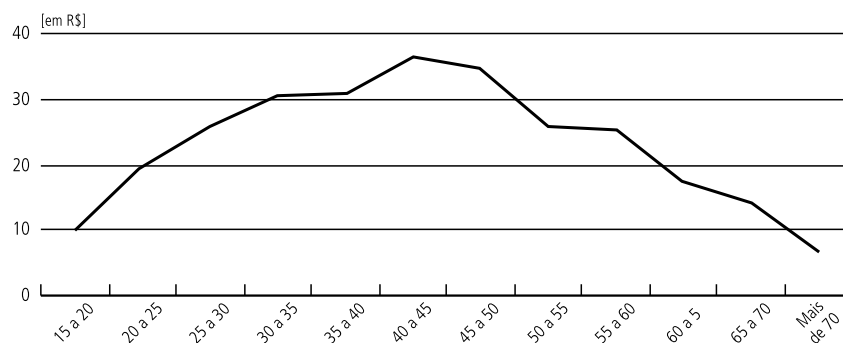



GRÁFICO 10B
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO — OCUPADOS PRIVADOS

4.3 Motivos Precaucionais e Seguro-Saúde

Segundo a pesquisa da Abecip, o ativo financeiro mais popular é a caderneta de poupança e o principal motivo apresentado para abertura de cadernetas para a população, em geral, é o precaucional: 44% dos poupadores o fazem explicitamente para se prevenir de eventuais emergências, sendo esse valor de 51% entre os mais velhos. A demanda precaucional visa melhorar a habilidade em lidar com choques adversos. O papel de suavizar o consumo pelos ativos ocorre em função da importância dos choques e do desenvolvimento dos diversos segmentos do mercado financeiro que possibilitariam amenizar seus efeitos sobre o nível de bem-estar. Logo, quanto maior a presença de choques e pior as modalidades de seguro disponíveis maior seria a necessidade da cesta de produtos financeiros.

Fatores relacionados ao ciclo da vida são potenciais fatores de risco para a presença de algumas doenças, em virtude do processo natural do envelhecimento. Observam-se na série de Gráficos 11A até 11F algumas medidas de necessidades de saúde. A auto-avaliação de saúde (bom e muito bom) apresenta proporções monotonicamente decrescentes à medida que o indivíduo ganha anos de vida. Por outro lado, medidas de morbidade apresentam um comportamento monotonicamente crescente em função dos anos de vida.

A posse de plano de saúde também tem um comportamento monotonicamente crescente, haja vista a probabilidade aumentada de os indivíduos de maior idade necessitarem de serviços de saúde. No que diz respeito à diferença dos serviços prestados pelos seguros de saúde, observa-se um comportamento homogêneo entre as diferentes classes etárias. Quanto ao valor do seguro-saúde, observa-se que a

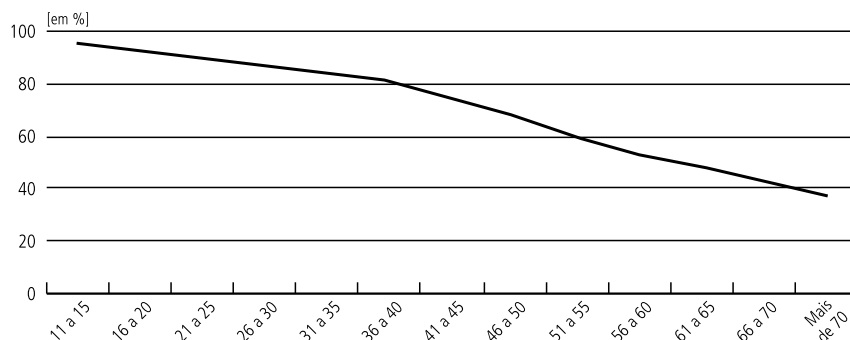
GRÁFICO 11A
CONSIDERA SEU ESTADO DE SAÚDE BOM OU MUITO BOM

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do suplemento PNAD/IBGE.

GRÁFICO 11B
PRESENÇA DE ALGUMA MORBIDADE

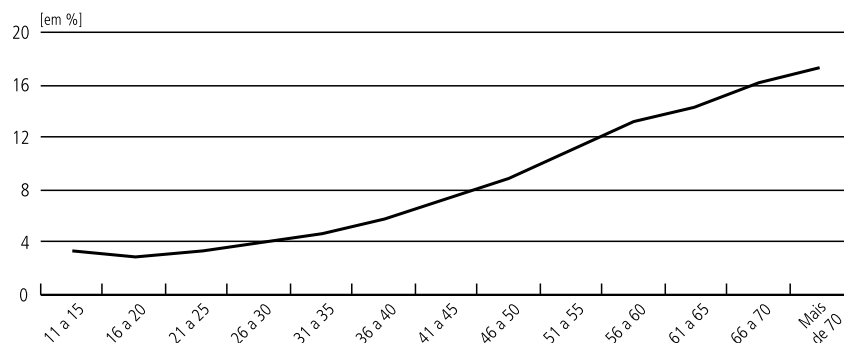



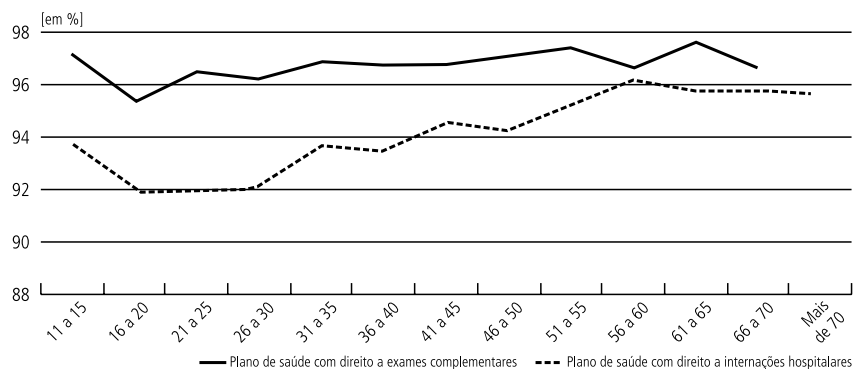
GRÁFICO 11C
ACESSO A PLANO DE SAÚDE — DIREITOS

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do suplemento PNAD/IBGE.

GRÁFICO 11D
TEM DIREITO A ALGUM PLANO DE SAÚDE

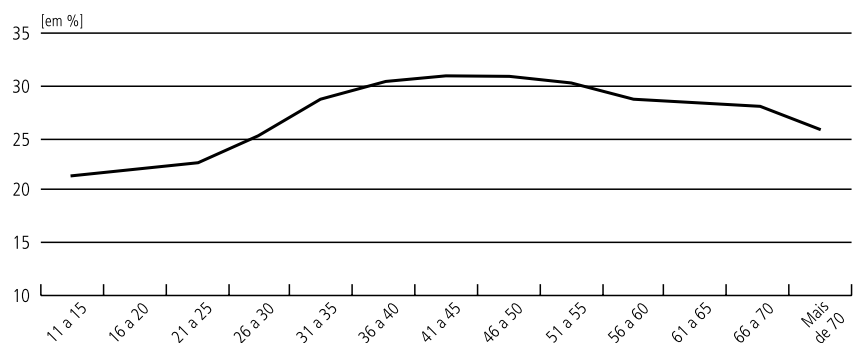



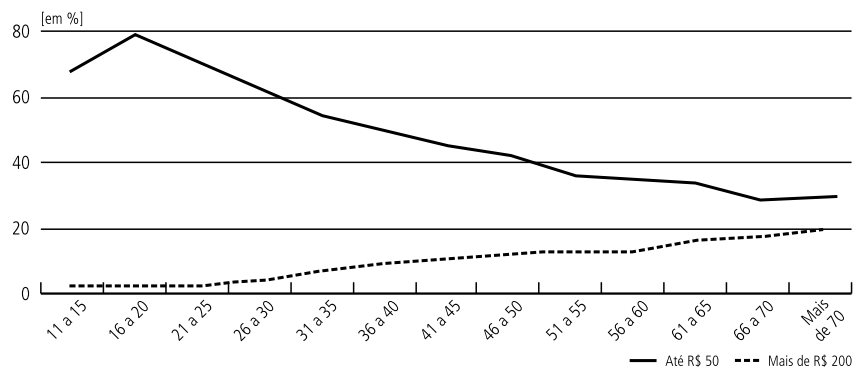
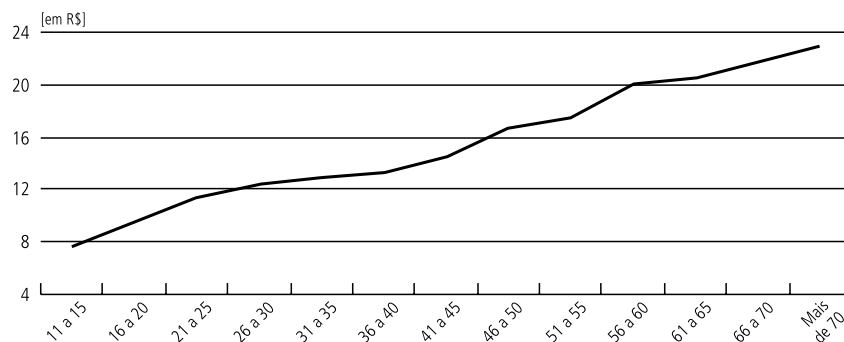
GRÁFICO 11E
ACESSO A PLANO DE SAÚDE — VALOR DA PRESTAÇÃO

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do suplemento PNAD/IBGE.

GRÁFICO 11F
PROCUROU SERVIÇO DE SAÚDE NAS ÚLTIMAS SEMANAS

proporção de indivíduos que gastam até R$ 50 com plano de saúde diminui à medida que o indivíduo envelhece. Nesse caso, sabe-se que o valor das mensalidades é proporcional à idade, uma vez que a probabilidade de morte ou doença aumenta com o passar dos anos.

4.4 Restrições de Crédito: Imóveis e Empreendedorismo

4.4.1 Uso do crédito

Questões abordadas pela Pesquisa de Padrões de Vida (PPV) sobre crédito e empréstimos podem nos fornecer informações acerca da visão alternativa ao ciclo da vida de Modigliani. De fato, conforme os Gráficos 12A e 12B demonstram, a proporção de indivíduos que tomaram empréstimo é inversamente relacionada à idade. Os mais novos são os que mais tomam empréstimo entre 15 e 25 anos — 6,3%. Esta estatística vai diminuindo ao longo dos grupos etários atingindo 2,4% entre os indivíduos com mais de 65 anos. Em geral, os indivíduos contraem empréstimo por vias particulares (pessoas físicas e agiotas) — 76%. Entre os mais novos (até 35 anos) e entre os mais velhos (com mais de 65 anos), ou seja, grupos extremos, essa proporção é maior, aproximadamente 90% e 85%, respectivamente.

A motivação de aquisição de ativos físicos imobiliários, bens de uso particular e aqueles associados a atividades empresariais ocupam lugar de destaque na finalidade apresentada para os empréstimos. Comprar ou reformar a casa própria assume papel de destaque entre os mais velhos: representam 17% dos empréstimos dos idosos em comparação a 6,3% dos empréstimos da população total. Similarmente, a compra de bens para uso particular é de 20% da demanda creditícia dos idosos e a da população em geral é de 9,2%. Finalmente, a aquisição de ativos microempresariais

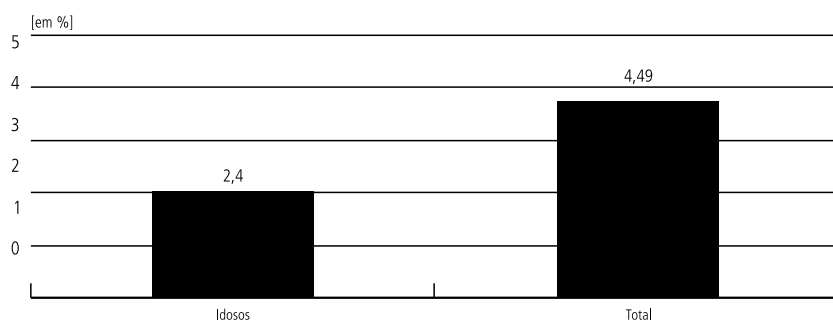
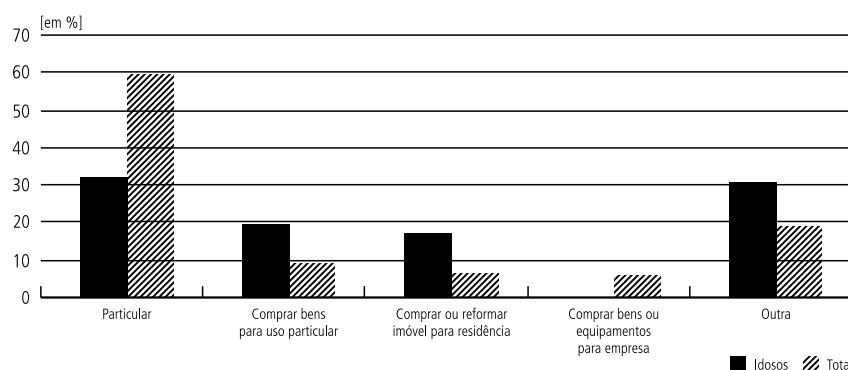
GRÁFICO 12A
ACESSO A EMPRÉSTIMOS E CRÉDITO: PEDIU EMPRÉSTIMO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados da PPV.

GRÁFICO 12B
FINALIDADE DO EMPRÉSTIMO

é ausente da amostra entre os idosos e é composta por 5,6% da população em geral. Isso reflete a menor taxa de ocupação da população idosa e a menor tendência de novos investimentos em capital físico produtivo na fase final do ciclo da vida.

4.4.2 Escolhas ocupacionais

Direcionando agora a análise do ciclo da vida para estratégias ocupacionais, mais especificamente para as microempresariais, nota-se que o acesso à posição de conta-própria e empregador segue uma trajetória em U invertido ao longo do ciclo da vida, com altas taxas de crescimento nos grupos de idade iniciais, aumentando ao longo do ciclo da vida, alcançando o seu ápice nas faixas de meia-idade (50 a 55 anos e 40 a 45 anos, respectivamente) e declinando logo em seguida.

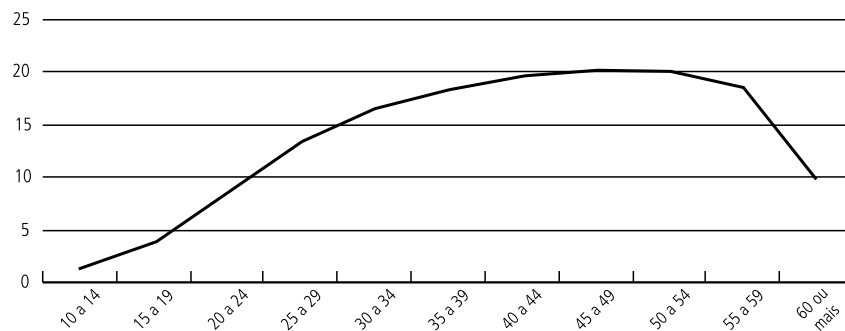
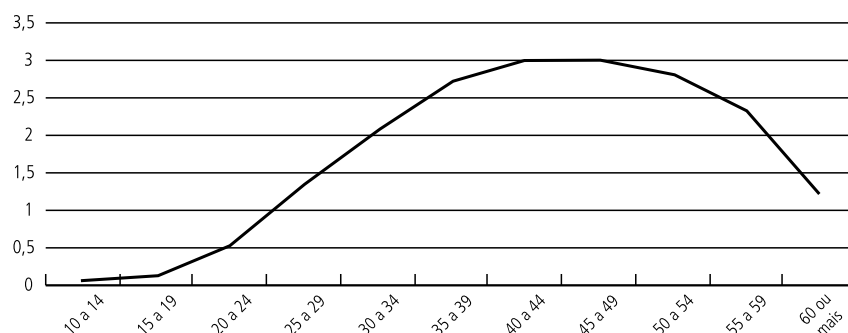
GRÁFICO 13A
ACESSO À POSIÇÃO DE CONTA-PRÓPRIA

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000.

GRÁFICO 13B
ACESSO À POSIÇÃO DE EMPREGADOR

Há uma probabilidade maior de um indivíduo alcançar o *status* de pequeno empresário na meia-idade. É importante observar que o período descendente da taxa de ocupação por conta-própria e de empregadores nas fases adiantadas do ciclo da vida é mais pronunciado do que a fase ascendente da juventude. Essas diferenças são explicadas pela redução na taxa de ocupação em relação à população em idade ativa intensificada a partir dos 40 anos. Conforme observado, a taxa de ocupação alcança o pico na faixa entre 40 e 44 anos (65%) e cai a partir desse ponto, atingindo o valor de 21% entre os idosos brasileiros.

Nos Gráficos 14A e 14B, pode-se verificar a taxa de acesso à posição de conta-própria e empregador condicionada ao fato de o indivíduo estar ocupado. Observa-se que, entre os ocupados, tanto a taxa de acesso à posição de conta-própria quanto a de empregador aumentam ao longo das faixas etárias, e que o aumento da proporção de conta-própria entre os ocupados é mais pronunciado nos

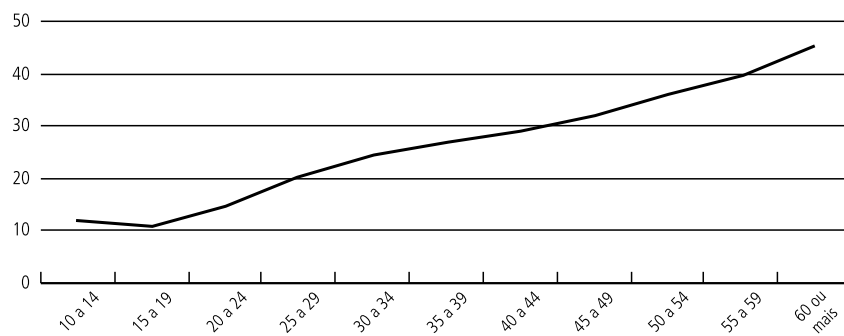
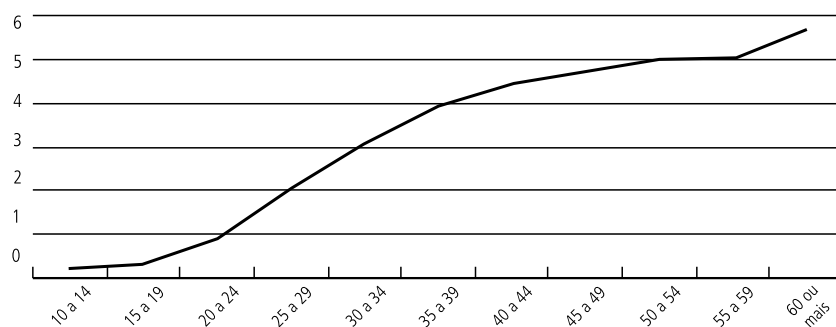
GRÁFICO 14A
ACESSO À POSIÇÃO DE CONTA-PRÓPRIA ENTRE OS OCUPADOS

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000.

GRÁFICO 14B
ACESSO À POSIÇÃO DE EMPREGADORES ENTRE OS OCUPADOS

grupos mais velhos. Entre os de 40 anos até o grupo com mais de 60 essa estatística cresce de 28% para 45%. A evolução da proporção de empregadores entre os ocupados não é tão definida, crescendo, porém, a taxas menores, atingindo seu ponto máximo nos idosos, 5,5%.[6]

Essa análise revela que realmente há um acesso tardio à posição de pequenos empresários entre aqueles que permanecem ocupados. Entretanto, a importância relativa do processo de acumulação de ativos e restrições de crédito *versus* a dificuldade de colocação no mercado de trabalho para pessoas mais maduras não pode ser inferida diretamente a partir dos dados apresentados.

Os dados relativos a fontes de financiamento para a abertura de negócios de até cinco empregados retirados da Pesquisa Informal Urbana (Ecinf/IBGE) de

6. Para uma análise mais detalhada, ver o capítulo de Wajman, Oliveira e Oliveira neste livro.

1997 mostram que o financiamento de novos negócios (*seed money*) raramente provém do sistema financeiro (Gráfico 15A). O menor papel das heranças no Brasil é uma diferença importante ante os países desenvolvidos, talvez pela importância relativa de transferências públicas a título de aposentadoria que não são passadas entre gerações. Em termos gerais, os novos negócios não envolvem a injeção de capital pela sua precariedade, ou utilizam poupança prévia, que é um indicador da conjunção de indivisibilidades e restrições de crédito. Curiosamente, a principal fonte externa de recursos se refere a indenizações trabalhistas. A análise dos fluxos de financiamento por faixa etária revela que, entre os empresários urbanos já estabelecidos, a tomada de empréstimos nos últimos três meses é menos freqüente entre os idosos 2,9% do que no conjunto da população, confirmando as evidências da PPV (ver Gráfico 15B).

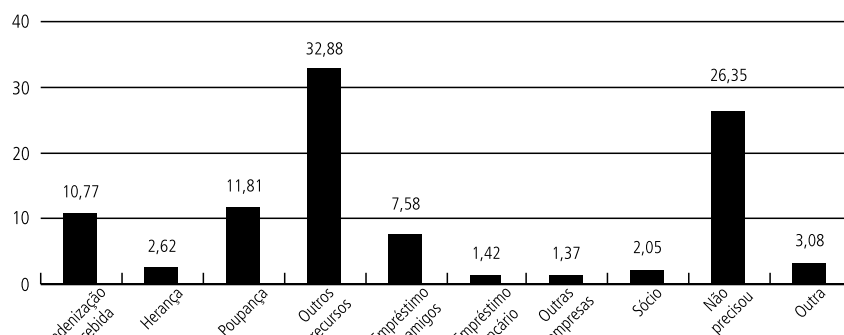
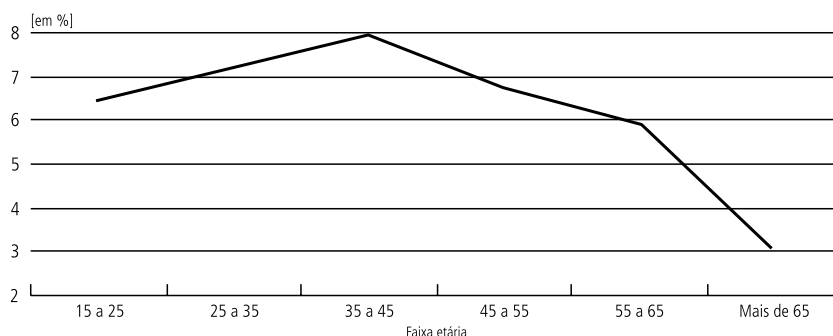
GRÁFICO 15A
ORIGEM DO CAPITAL PARA INICIAR NEGÓCIO

Fonte: CPS/Ibre/FGV elaborado a partir dos microdados da Ecinf97/IBGE.

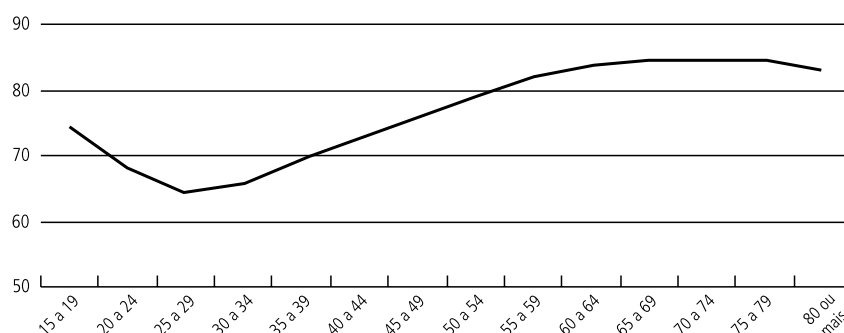
GRÁFICO 15B
UTILIZAÇÃO DE CRÉDITO NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES

4.4.3 Imóveis

Como vimos, ao desejar adquirir seu domicílio próprio as pessoas podem encontrar dois tipos de restrição de mercado: indivisibilidade de bens e racionamento de crédito. Os indivíduos que estão restritos por liquidez necessitam acumular para aquisição de bens indivisíveis, como imóveis e bens de alto valor unitário, uma vez que não há mercados de crédito perfeitos. Os jovens, que estão mais necessitados de crédito, possuem taxas de acesso a domicílio próprio inferiores às dos mais idosos. Essa taxa cresce de acordo com a idade em função do maior acesso ao mercado de crédito da população com mais idade e da necessidade de acumular para aquisição de bens de alto valor, dada a restrição de crédito aos jovens.

Através dos Gráficos 17A e 17B podemos comparar os valores dos domicílios nos terrenos próprios e não-próprios para a população total e para a população idosa. Os gráficos são bastante parecidos, informando que os valores dos domicílios são mais elevados nos terrenos próprios, independentemente da idade.

Os Gráficos 18A e 18B revelam que os idosos têm mais acesso a terreno próprio, seja pagando ou já pago. Essa melhor definição dos direitos de propriedade fundiários potencializa o acesso a crédito entre os idosos e valoriza suas propriedades. Quer dizer, usando a terminologia de Hernando de Soto, o capital dos idosos é mais vivo (e valioso) que o dos demais.[7]

GRÁFICO 16

TAXA DE ACESSO A DOMICÍLIO PRÓPRIO PAGO

Fonte: CPS/FGV através do processamento dos microdados da PNAD de 2002.

7. Hernando de Soto, em seu livro *Mistério do Capital*, argumenta que o problema do pobre não é só pouca quantidade, mas a baixa qualidade do capital. A alta informalidade da propriedade implica redução do valor de mercado dos ativos dos pobres, que seria uma espécie de capital morto na acepção do autor.

GRÁFICO 17A
VALOR DO DOMICÍLIO — POPULAÇÃO TOTAL

Fonte: CPS/FGV através do processamento dos microdados da PNAD de 2002.

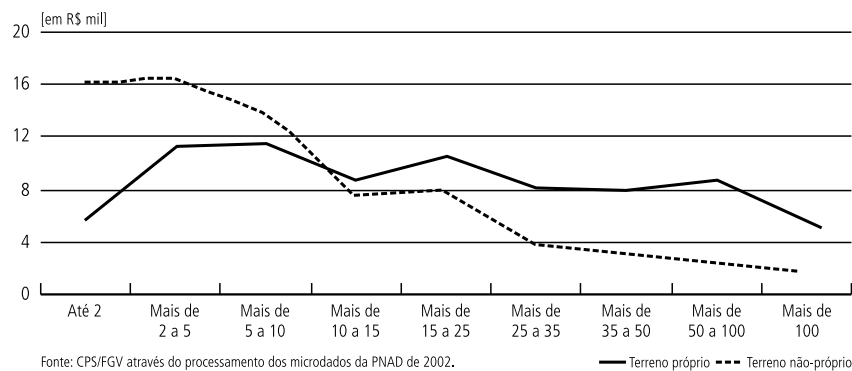



GRÁFICO 17B
VALOR DO DOMICÍLIO — IDOSOS

Fonte: CPS/FGV através do processamento dos microdados da PNAD de 2002.

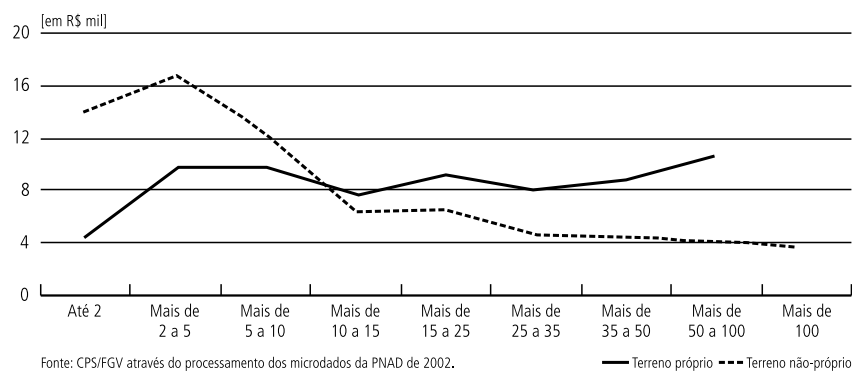



GRÁFICO 18A
TERRENO PRÓPRIO

Fonte: CPS/FGV através do processamento dos microdados da PNAD de 2002.

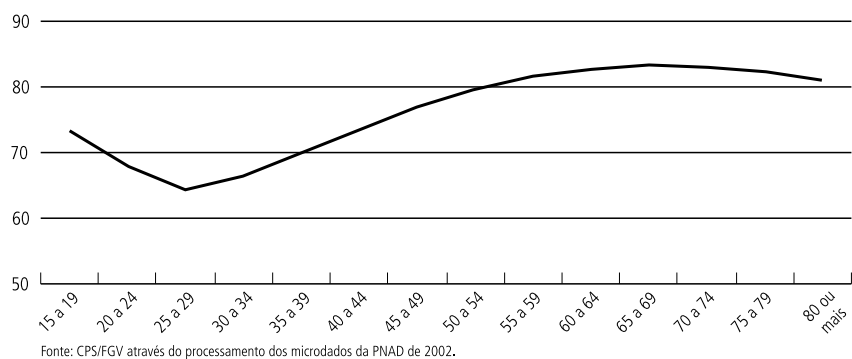
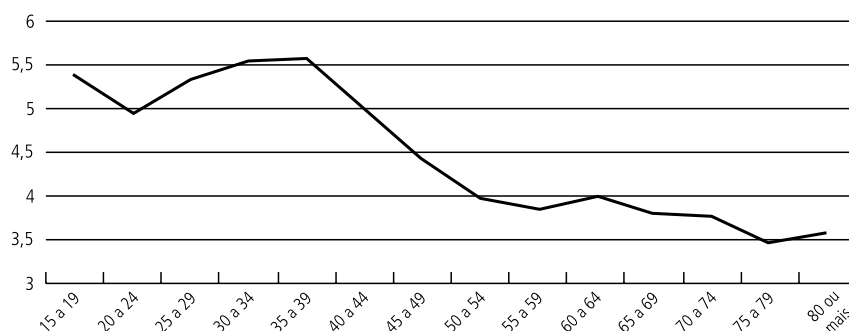



GRÁFICO 18B
TERRENO NÃO-PRÓPRIO

5 CONCLUSÃO

O trabalho investigou o processo de acumulação e desacumulação de recursos financeiros ao longo do ciclo da vida, com ênfase especial na demanda de ativos, crédito e seguro por parte da população idosa. Em face da literatura brasileira ainda incipiente no tema, buscamos verificar mais a compatibilidade geral de fatos estilizados gerais encontrados na literatura a partir de dados brasileiros. Foi apresentada uma breve resenha teórica sobre as motivações que levam à demanda por ativos de longo prazo das unidades familiares e uma avaliação empírica de caráter qualitativa acerca dessas motivações.

A teoria do ciclo da vida de Modigliani é freqüentemente apresentada como a principal motivação para demanda de longo prazo de ativos financeiros por parte das pessoas físicas. De acordo com essa teoria, a queda da renda entre os idosos induz à acumulação prévia de ativos financeiros por parte dos indivíduos, a fim de manter um padrão estável de consumo ao longo do ciclo da vida. Observamos, de fato, trajetórias da ocupação e dos rendimentos dos ocupados gerando curvas de rendas do trabalho em forma de sino. As taxas de contribuição previdenciárias, públicas e privadas, seguem movimentos semelhantes, bem como o valor das contribuições médias.

O ativo financeiro mais popular no Brasil é a caderneta de poupança. Os mais velhos são os que mais a utilizam, e também os que possuem o maior número de contas e o maior saldo. A segunda motivação de maior importância explicitada pelos detentores de cadernetas é economizar fundos para o futuro. Conforme o esperado na ótica do ciclo da vida, essa motivação se apresenta maior entre os mais jovens. Esse resultado, assim como o volume menor de depósitos e de maior retiradas dos idosos, é compatível com a teoria de Modigliani.

De maneira mais geral, a evidência relativa aos fluxos de renda do trabalho *versus* outras rendas alternativas demonstra a existência de forte comportamento suavizador das rendas totais nas idades mais avançadas em todos os níveis educacionais, conforme prevê a teoria do ciclo da vida. Por outro lado, ao contrário da versão simplificada do ciclo, observamos durante a juventude trajetórias de rendas de todas as fontes — e de consumo — positivamente inclinadas, o que coloca em xeque a capacidade de os jovens suavizarem o consumo.

A incorporação da possibilidade de endividamento no período inicial da vida ativa nos fornece uma visão complementar àquela proposta por Modigliani. Nesse período inicial, o desejo de consumo geralmente é maior do que a renda, seja pela baixa experiência de quem está empregado, seja pelo alto desemprego ou pela necessidade de tempo e recursos financeiros para investir em capital humano, o que induziria a uma demanda por empréstimos. Se os indivíduos não estiverem restritos no mercado de crédito, eles irão financiar o consumo corrente à base de crédito ou, no caso alternativo, ficarão presos a uma solução de canto consumindo toda a renda durante o período de ascensão profissional. Em consonância, reportamos evidências de demanda de crédito por pessoa física ou jurídica, formal ou informal, mais forte na juventude do que nas idades mais avançadas.

Segundo a literatura sobre comportamento financeiro das famílias, o processo de suavização do consumo ao longo do ciclo da vida é ainda afetado por três fatores principais: *a*) restrições creditícias; *b*) heranças; *c*) incertezas.

Em primeiro lugar, as restrições de crédito são percebidas como um limite inferior no volume de ativos; logo, por definição, elevariam o estoque de poupança. O desejo de aquisição de bens indivisíveis e de alto valor unitário — tais como imóveis — reforçaria ainda mais o efeito da restrição por liquidez sobre a demanda por poupança. De fato, uma parcela dos portadores de cadernetas de poupança, em particular os jovens, declara que o faz para adquirir bens indivisíveis, principalmente bens e imóveis.

A evidência apresentada é consistente com essa hipótese para dois tipos de bens indivisíveis: imóveis e ativos produtivos. O acesso a ocupações microempresariais se dá na fase adiantada do ciclo de vida e o acesso ao financiamento inicial (*seed money*) raramente provém do sistema financeiro. A principal fonte de financiamento é a poupança prévia, o que refletiria a conjunção de indivisibilidades e restrições de crédito. Em termos de capital imobiliário, além do acesso tardio a casa própria e a renda de aluguéis, observamos que os idosos têm direitos de propriedade fundiários mais bem definidos, alavancado o acesso a crédito e o valor de suas propriedades.

Em segundo lugar, no caso das heranças, o indivíduo pouparia para financiar o consumo dos descendentes. Entretanto, ao contrário da evidência para países desenvolvidos, o raro uso de heranças no financiamento de novos negócios sugere a baixa importância do motivo herança. Complementarmente, os brasileiros — em particular os idosos — não revelaram o hábito de aplicar em caderneta de poupança para garantir o futuro dos seus descendentes. Nesse caso, as eventuais heranças deixadas poderiam ser consideradas acidentais.

Em terceiro lugar, o motivo precaucionário derivado de uma situação de incerteza em relação ao futuro induz demanda por instrumentos financeiros diversos. A demanda por previdência pública ou privada, analisada anteriormente, serve como amortecedor de choques adversos. Seguro-saúde seria outro instrumento fundamental na terceira idade por causa do aumento do risco de morbidade. A crescente aplicação de recursos observada em planos de saúde no ciclo da vida está menos ligada ao acesso aos planos, e sim ao maior valor — e ao uso mais intensivo — desses planos. Finalmente, o principal motivo apresentado para aplicar em cadernetas de poupança é o precaucional: quase a metade dos poupadores idosos o fez explicitamente para se prevenir de eventuais emergências.

ANEXO 1

Descrição da Base de Dados

Censo demográfico

A amostra do censo demográfico é uma pesquisa domiciliar que procura entrevistar 10% da população brasileira em todo o território nacional. O censo detalha características pessoais e ocupacionais de todos os membros dos domicílios e possui informações detalhadas sobre fontes de renda, acesso a moradia, serviços públicos e bens duráveis, entre outros.

PNAD

É uma pesquisa domiciliar anual realizada no terceiro trimestre de cada ano e entrevista 100 mil indivíduos. Possui detalhadas características pessoais e ocupacionais de todos os membros dos domicílios: acesso a moradia, serviços públicos, bens duráveis, entre outros. Em 2002, a PNAD inovou ao introduzir novas variáveis no questionário, tais como as classes de imóvel segundo valor e área.

Pesquisa de Comportamento Financeiro da Abecip

Foi conduzida pela Abecip em 1978, 1980, 1983, 1985 e 1987. Foram usados os dados secundários da pesquisa de 1987, que entrevistou cerca de 3.600 domicílios nas oito principais regiões metropolitanas brasileiras. A Pesquisa Abecip gerou informações da posse de ativos financeiros e a composição da carteira, mas seu principal foco é nos depósitos da caderneta de poupança. A pesquisa coletou dados sobre: o montante e o número de contas possuídas, a motivação, o tempo decorrido e a previsão dos futuros depósitos e retiradas, a motivação para não abrir uma caderneta de poupança, a motivação para não depositar em poupança, a motivação e o tempo para fechar a conta, a percepção sobre as mudanças nas várias leis relativas à caderneta de poupança, a percepção da determinação da taxa de juros da poupança, as características do valor de depósitos na poupança (retorno, liquidez e risco), dentre outros.

PPV

Outra fonte básica de dados primários utilizados foi o acesso a diferentes tipos de ativos levantados pela PPV. As principais vantagens dessa pesquisa são a de realizar conexões entre o uso desses ativos e uma vasta gama de dimensões dos domicílios.

A PPV corresponde, na verdade, à versão brasileira do Living Standard Measurement Survey (LSMS) e foi implementada no Brasil somente uma vez, em 1995-1996, em um projeto conjunto entre o Banco Mundial e o IBGE. A amostra de 5 mil domicílios cobre a população das regiões Nordeste e Sudeste. Tal como a PNAD, essa pesquisa também contém informações detalhadas das características pessoais e ocupacionais dos indivíduos, da posse de bens duráveis e condições de moradia. O questionário da PPV possui seções especiais sobre consumo (em nível desagregado), comportamento financeiro individual, avaliação do acesso aos serviços públicos (Saúde, infra-estrutura, educação etc.), entre outros.

POF

Essa pesquisa tem como principal objetivo obter a estrutura de consumo da população a fim de criar ponderações para o cálculo de índices de inflação (IPCA, IGP etc.). Permite uma análise mais detalhada sobre os padrões de vida da população, em particular as informações sobre o valor da contribuição previdenciária e sua participação na renda.

BIBLIOGRAFIA

BANKS, J., BLUNDELL, R. *Household saving behaviour in the UK.* 1993.

BALTENSPERGER, E. Credit rationing — issues and questions. *Journal of Money, Credit, and Banking*, v. 10, n.2, 1978.

BARRO, R.J. Are government bonds net wealth? *Journal of Political Economy*, v.82, p.1095-1117, 1974.

BERNHEIM, B. SHLEIFER, A., SUMMERS, L. The strategic bequest motive. *Journal of Political Economy*, v. 93, p.1.045-1.076, 1985.

BESLEY, T. Nommarket institutions for credit and risk sharing in low— income countries. *Journal of Economic Perspectives*, v. 9, n. 3, 1985.

——————. Saving, credit and insurance. *Handbook of Development Economics*, 1992.

BESLEY, T., COATE, S., LOURY, G. The economic of rotating savings and credit associations. *American Economic Review*, jun. 1993.

BLINDER, A. S., STIGLITFZ, J. E. *Money, credit constraints and economic activity,* 1983 (Working Paper,1084).

CABALLERO, R. Consumption puzzles and precautionary savings. *Journal of Monetary Economics*, v. 25, 1990.

CARVALHO, K. *A introdução das cadernetas de poupança na reforma monetária do Plano Collor*. Trabalho de Conclusão de Curso, UFF, 1991, mimeo.

CARROL, C., SAMFWICK, A. How important is precautionary saving? *Economic Activity Section* 1994 (Working Paper Series, 145).

CASE, A. Symposium on consumption smoothing in developing countries. *Journal of Economic Perspectives*, v. 9, n. 3, 1995.

DEATON, A. *Understanding consumption*. Oxford University Press, 1991.

——————. *Saving in developing countries: theory and review*. World Bank Annual Conference on Development Economics, 1989.

——————. *Household saving in LDCs: credit markets, insurance and welfare*, 1994.

——————. *Economics and consumer behavior*. New York: Cambridge University Press, 1980.

FLAVIN, M. *The joint consumption/asset demand decision: a case study in robust estimation*, 1991 (Working Paper, 3.802).

FRIEDMAN, M. *A theory of the consumption function*, 1957.

GERSOVITZ, M. Saving and development. In: CHENERY, H., SRINIVASAN, T. N. (eds.). *Handbook of Development Economics*. Amsterdam: Elsevier, v. 1, 1988.

GUISO, L., JAPPELLI, T., TERLIZZESE, D. *Saving and capital market imperfections: the italian experience*. Conferência Internacional em Saving Behavior: Theory, International Evidence and Policy Implications, Helsinki, maio, 1991.

——————. *Saving and the accumulation of wealth — essays on italian household and government saving behavior*. Cambridge: University Press, 1994.

KIMBALL, M. *Precautionary motives for holding assets*. NBER Working Papers Series, 3.586, National Bureau of Economic Research, Inc., 1991.

KOTLIKOFF, L. J., SUMMERS, L. H. The role of intergenerational transfers in aggregate capital formation. *Journal of Political Economy*, v. 89 p. 706-732, 1981.

MELENBERG, B., ALESSIE, R., WEBER, G. Consumption, leisure and earnings-relates liquidity constraints, a note. *Economics Letters*, v. 27, p. 101-104, 1988.

MIRER, T. W. The wealth-age relationship among the aged. *American Economic Review,* v. 69, p. 435-443, 1979.

HAURIN, D., WACHTER, S., HENDERSHOTT, P. *Wealth accumulation and housing choices of young households: an exploratory investigation*, 1995 (Working Paper, 5.070).

HOLTZ-EAKING, D., JOULFAIAN, D., ROSEN, H. Sticking it out: entrepreneurial survival and liquidity constraints. *Journal of Political Economy*, v. 102, n. 1, Feb. 1994*a*.

—————. Entrepreneurial decisions and liquidity constraints. *The Rand Journal of Economics*, v. 25, n. 2, Summer 1994*b*.

KIMBALL, M. *Precautionary motives for holding assets*. NBER Working Papers Series, 3.586, National Bureau of Economic Research, Inc., 1991.

MORANDI, L. *Estimação da riqueza interna tangível e reproduzível — Brazil 1970/95*. Universidade Federal Fluminense, 1997, mimeo (Tese de Mestrado).

MODIGLIANI, F. Life cycle, individual thrift, and the wealth of nations. *The American Economic Review*, v. 76, p.297-313, 1986.

—————. The role of intergenerational transfers and life cycle saving in the accumulation of wealth. *Jornal of Economic Perspectives*, v. 2, n. 2, p. 15-40, 1988.

MORDUCH, J. Income smoothing and consumption smoothing. *Journal of Economic Perspectives*, v. 9, n. 3, 1995.

NERI, M. C. *Inflação e consumo: modelos teóricos aplicados ao imediato pós-cruzado*. Rio de Janeiro: BNDES, 1990.

—————. *O ciclo de vida dos pequenos empresários*. Rio de Janeiro, 1998.

NERI, M. C., CARVALHO, K. Demanda por moradia, financiamento habitacional e comportamento financeiro das famílias. *Estudos Econômicos da Construção*, v. 3, n. 2, São Paulo, 1998.

PAXSON, C. H. Using Weather variability to estimate the response of savings to transitory income in Thailand. *The American Economic Review*, p. 15-33, Mar. 1992.

ROSENZWEIG, M. R. Credit market constraints, consumption smoothing and the accumulation of durable production assets in low-income countries: investiments in Bullocks in India. *Journal of Political Economy*, 1992.

RUNKLE, D. E. Liquidity constraints and the permanent income hypothesis. *Journal of Monetary Economics*, v. 27, n. 1, p. 73-98, 1991.

SKINNER, J. Risky income, life cycle consumption, and precautionary savings. *Journal of Monetary Economics*, v. 22, 1998.

SOTO, H. de. *O mistério do capital*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

TOBIN, J. *Life cycle saving and balanced growth*. Essays in Economics, v. 2. Consumption and Econometrics, 1967.

ZELDES, S. P. Optimal consumption with stochastic income: deviations from certainty equivalence. *The Quarterly Journal of Economics*, 1989.

CAPÍTULO 16

O CAPITAL DOS IDOSOS*

Marcelo Neri
Do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getulio Vargas (CPS/Ibre/FGV) e da Escola de Pós-Graduação em Economia (EPGE/FGV)

Luisa Carvalhaes
Do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getulio Vargas (CPS/Ibre/FGV)

Hessia Costilla
Do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getulio Vargas (CPS/Ibre/FGV)

Samanta Monte
Do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getulio Vargas (CPS/Ibre/FGV)

1 INTRODUÇÃO

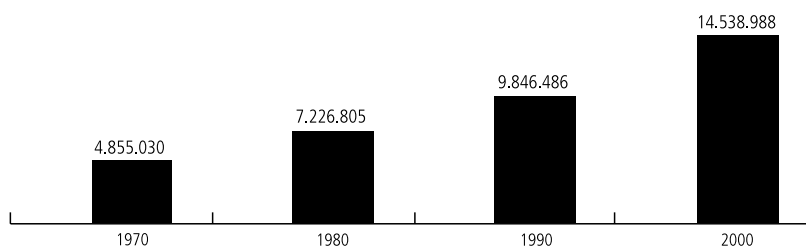
Este artigo tem como objetivo avaliar o acesso aos diversos tipos de capital por diferentes grupos etários. A disponibilidade de novas fontes de dados fornece, para isso, condições inéditas no caso brasileiro. A análise da posse de recursos foi estruturada em três grupos básicos: capital físico (ativos financeiros, bens duráveis, moradia e serviços públicos); capital humano (escolaridade, treinamento, experiência e saúde); e capital social (participação em partidos políticos, sindicatos, associações e estrutura familiar).

Conferimos especial ênfase à quantificação do capital das pessoas com idade superior a 60 anos. Esse segmento totalizou 14,5 milhões de brasileiros, segundo o Censo Demográfico de 2000, praticamente triplicando a população com mais de 60 anos que existia em 1970, conforme pode ser visto no Gráfico 1. Na última década a população acima de 60 anos cresceu 47%, comparado a um aumento de 15,7% da população total.

O estudo do perfil etário de acesso a cada ativo aqui analisado é desenvolvido através das óticas estática e dinâmica. Na abordagem estática avaliamos o acesso a um determinado ativo específico de um grupo etário em um dado ponto no tempo,

---

* Este artigo é uma extensão de Neri *et alii* (1999).

GRÁFICO 1
NÚMERO DE IDOSOS BRASILEIROS

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados dos Censos de 1970, 1980, 1991 e 2000.

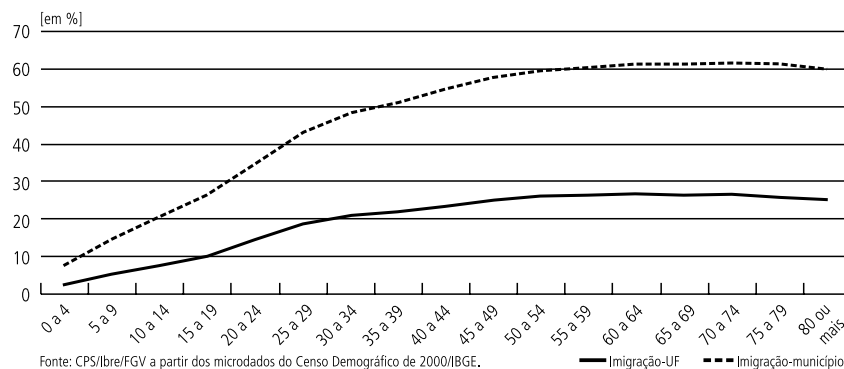
comparando com outros grupos etários ou analisando a evolução desse grupo etário em outros instantes do tempo. O principal problema dessa análise é não levar em conta diferenças entre indivíduos ou gerações. Já na análise de coorte acompanhamos os dados de uma mesma geração ao longo do tempo. No caso do pseudopainel, é possível acompanhar o valor de uma certa estatística para uma mesma geração ao longo do tempo.

A análise dinâmica aqui empreendida tem como objetivo avaliar a taxa de acesso de uma geração a um determinado recurso. Em termos metodológicos, o ideal seria que dispuséssemos de dados de painel de longa duração, de forma que se pudesse acompanhar a história de pessoas específicas. Na falta dessa informação utilizamos coortes, também conhecidas como pseudopainéis, em que usamos pesquisas de sucessivos anos para acompanhar a taxa de acesso de uma dada geração ao longo do tempo, unindo os dados entre os sucessivos anos de um grupo com o mesmo ano de nascimento. Procuramos, dessa forma, ter uma dimensão mais exata da trajetória do ciclo da vida de uma dada variável dos idosos de hoje.

Este artigo é uma crítica e extensão de Neri *et alii* (1999). Uma primeira diferença se refere às bases de dados utilizadas. O artigo anterior tomava como base os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Já o texto atual está apoiado no processamento dos microdados dos quatro últimos censos demográficos, permitindo expandir o período de cobertura da análise de 20 para 30 anos de profunda transição da estrutura etária da população.

O artigo anterior abrangia apenas as regiões metropolitanas brasileiras, o que, além de não ser representativo para o país como um todo, mostrava resultados distorcidos por movimentos migratórios. O estoque de migrantes é relativamente importante e crescente de acordo com a idade, conforme o Gráfico 2, isto é, os

GRÁFICO 2
ESTOQUE DE MIGRANTES

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000/IBGE.

brasileiros, à medida que vão envelhecendo, tendem a ficar mais longe da terra natal. O pico do fluxo migratório interestadual se dá entre os 25 e os 29 anos de idade e também entre os 30 e os 34 anos. Após essa faixa etária o fluxo migratório cai e, a partir dos 70 anos, a taxa de migração começa a declinar. Conforme esperado, a migração intermunicipal é ainda mais intensa e o pico também se dá entre os 20 e os 24 anos de idade.

Neri *et alii* (1999) tomava como referência para as coortes os chefes de domicílio. Neste trabalho consideramos todos os indivíduos, o que permite uma análise mais geral para as coortes adotadas. Tal abordagem é mais satisfatória, pois a posição na família não é um atributo fixo, mudando ao longo do ciclo da vida. Segundo o Censo Demográfico de 2000, as pessoas com mais de 60 anos, que são pessoas de referência ou chefes de família, representam 63,52%. Já na população total o percentual de chefes é de 28,6%.

GRÁFICO 3
FLUXO MIGRATÓRIO HÁ MENOS DE 5 ANOS

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000/IBGE.

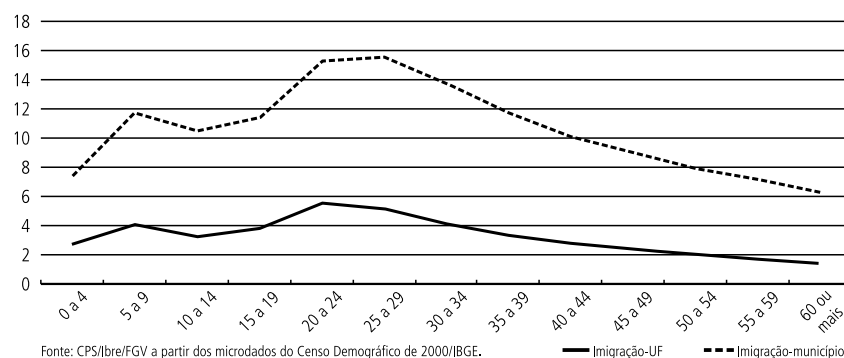



GRÁFICO 4
POSIÇÃO NA FAMÍLIA

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000/IBGE.

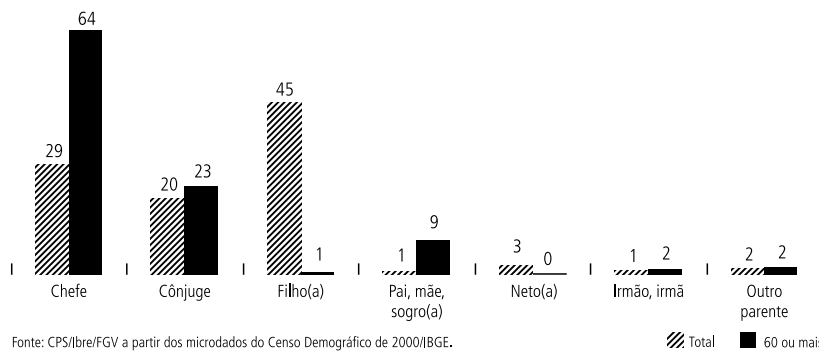
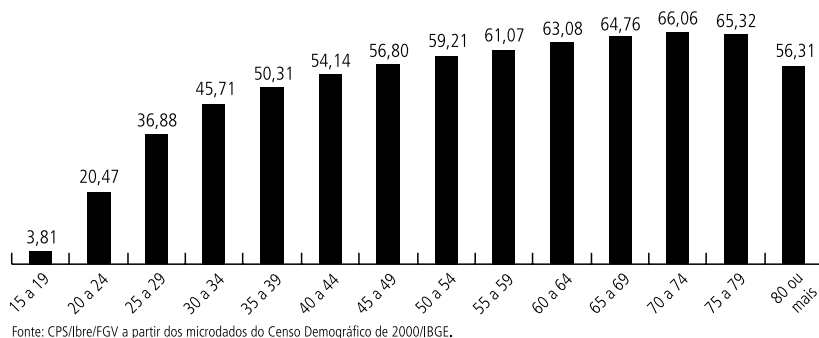



GRÁFICO 5
PERCENTUAL DE CHEFES POR IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000/IBGE.

O censo nos permite captar também aquelas pessoas que vivem em domicílios coletivos (aí incluindo asilos, quartéis, prisões, entre outros). No caso das pessoas com mais de 60 anos, aqueles que moram em asilos devem constituir o segmento mais importante a ser avaliado. Nesse aspecto, o censo permite uma precisão maior na identificação do local da moradia, que constitui um ativo fundamental das pessoas: 0,26% dos brasileiros vive em domicílios coletivos. Esse percentual aumenta para 1,03% quando olhamos para aqueles com mais de 67 anos de idade.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

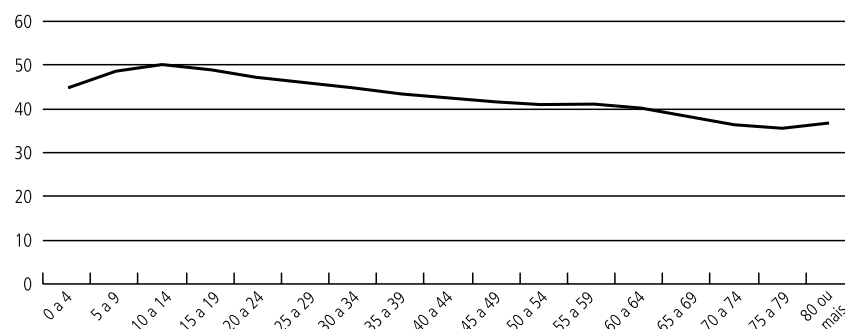
Os dados de coorte são substitutos imperfeitos de dados longitudinais, uma vez que não fornecem informações sobre os mesmos indivíduos ao longo do tempo. Na verdade, as informações são de diferentes indivíduos com um certo conjunto de características idênticas, tais como ano e local de nascimento, gênero e raça.

Esses dados apresentam algumas vantagens sobre os dados de painel. A primeira é que não há problema de atrito na amostra, isto é, em geral se consegue observar indivíduos de uma mesma coorte em anos distintos, o que é mais simples do que observar o mesmo indivíduo ao longo do tempo. Além disso, como a informação de coorte se refere à média, ou a outro momento da distribuição, diminui-se o erro da medida oriundo das informações de um mesmo indivíduo acompanhado em momentos distintos. Uma outra vantagem vem da possibilidade de se usar mais de uma base de dados ao mesmo tempo, o que é inviável com dados longitudinais.

Uma análise baseada em pseudopainéis apresenta potencialmente dois problemas. O primeiro está na escolha do atributo a ser analisado, que tem de ser fixo. Existem atributos que mudam ao longo do tempo, tais como posição na família e educação do jovem. Por exemplo, aquele que ocupa a posição de chefe nesta década, não necessariamente ocupou a mesma posição nas décadas anteriores. Assim sendo, devemos escolher características fixas, como gênero e raça. O segundo problema é que existem diferenciais de mortalidade entre as características analisadas, como homens e mulheres, brancos e negros, pobres e não-pobres.

O segundo problema encaixa-se perfeitamente no nosso grupo de análise. Observamos que as mulheres vivem mais do que os homens, que a proporção de negros e pardos diminui com o passar da idade e que o nível de pobreza entre os idosos também é menor do que no restante da população.

Em outras palavras, existem diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres. Em geral, as mulheres vivem mais do que os homens, representando 55,05% da população com mais de 60 anos de idade no Brasil. Existe também um nítido diferencial no binômio mortalidade/fecundidade entre negros e brancos. Na população total, os negros e pardos representam 44,65%. Entre os jovens com

GRÁFICO 6
BRASIL: PROPORÇÃO DE NEGROS E PARDOS, POR GRUPOS DE IDADE — 2000

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2000/IBGE.

idade de 15 a 19 anos essa proporção é ainda maior: 48,21%. Por outro lado, na população com mais de 60 anos essa percentagem apresenta uma forte queda: 37,51%. Os dados de coorte apenas nos informam essa queda, mas uma explicação para esse fato é que os negros, em geral, tendem a ser mais pobres que os brancos, em função da forte desigualdade racial persistente, e, logo, tendem a viver menos, pois possuem menos recursos que lhes possibilitem desfrutar de uma vida mais longa.

3 ATIVOS E CICLO DA VIDA

3.1 Tipologia de Capital

A disponibilidade de novas fontes de dados fornece condições inéditas, no caso brasileiro, para traçar um perfil de acesso a diferentes ativos para os idosos. A conjunção de diferentes pesquisas de domicílio proporciona uma visão ampla da posse de ativos. No Apêndice encontra-se uma descrição das principais bases de dados utilizadas. Nossa estratégia é comparar o acesso a diferentes ativos entre os chefes de domicílio por grupos de idade. Busca-se, dessa forma, identificar algumas características comportamentais das famílias que contêm idosos com relação à acumulação de ativos. É importante ressaltar que, sempre que possível, utilizamos dados do Brasil como um todo, porém, em alguns casos, nos restringimos às seis principais regiões metropolitanas abordadas no Suplemento da Pesquisa Mensal de Emprego (PME): Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.

A análise da posse de recursos está inicialmente estruturada em três grupos:

- capital físico (bens duráveis, moradia e serviços públicos);
- capital humano (escolaridade, educação técnica, experiência e treinamento); e
- capital social (emprego, sindicatos e associações, participação política e estrutura familiar).

As duas primeiras categorias são, conceitualmente, mais fáceis de quantificar tanto em termos de posse quanto em termos de retornos de ativos. A literatura sobre educação é um dos bons exemplos de sucesso nos trabalhos empíricos aplicados no Brasil. Por outro lado, a literatura sobre o acesso dos indivíduos a diferentes tipos de capital físico é quase inexistente.[1] O acesso a bens e serviços públicos básicos, como abastecimento de água, esgoto, eletricidade e coleta de lixo, pode ser medido diretamente usando pesquisas-padrão domiciliares; no entanto, os seus

1. A exceção pode ser a literatura sobre acesso a terra [Ganziroli (1992) e Silva (1987)] e moradia [Prado e Pelin (1993) e Lucena (1985)].

retornos privados e sociais não são diretamente calculados. Considerações similares são válidas, também, para as taxas de acesso e de retorno do chamado capital social.

3.2 Capital Físico

Começamos a abordagem estática analisando as relações entre diferentes idades e taxas de acesso aos diversos tipos de capital físico, como moradia, bens duráveis e serviços públicos, levantadas pelo Censo Demográfico.

3.2.1 Moradia

A Tabela 1 mostra que o acesso a casa própria quitada aumenta à medida que a população envelhece. As maiores taxas são observadas nas faixas etárias acima de 60 anos. Em contrapartida, as taxas de acesso a casa própria financiada, alugada ou cedida, geralmente decrescem ao longo dos grupos etários analisados. Isso pode ser explicado pelo fato de a compra de imóveis geralmente ocorrer quando os indivíduos são jovens e estão constituindo família. O acesso a moradia entre os idosos é dividido da seguinte maneira: 82% moram em casa própria já paga e 13%, em casas alugadas ou cedidas. Essas estatísticas para população total brasileira correspondem, em média, a 69% e 22%, respectivamente.

Analisando os dados do tipo de moradia percebemos que as taxas de acesso a apartamento, pela população acima de 60 anos, giram em torno de 9%, taxas mais altas do que para o restante da população (7%). É provável que isso se deva a maiores dificuldades por parte da população idosa em manter/cuidar de uma casa.

Uma linha complementar de pesquisa compara a qualidade de moradia nos diferentes segmentos etários. Observando o acesso a banheiros no domicílio verificamos que 83% dos idosos possuem pelo menos um banheiro no domicílio, comparado a 80% observados para a população total. Quanto ao número médio de banheiros, os dois grupos não se diferenciam muito:1,2 nos domicílios com idosos comparados a 1,1 na população total. Apesar da pequena diferença, o primeiro grupo encontra-se em uma situação mais confortável, uma vez que o número de pessoas na família é menor: 3,0 pessoas contra 4,2. Restringindo a análise àqueles que têm três banheiros ou mais, também observamos melhores indicadores na população com 60 anos ou mais; 8% desse grupo encontram-se nessa condição comparados a 6% na população total.

Numa perspectiva de direitos de propriedade fundiários, observamos taxas mais altas de ocupação em terrenos próprios na população acima de 60 anos: 81%, em comparação com os 69% observados na população total.

TABELA 1
PERFIL DE POSSE DE ATIVOS POR GRUPO DE IDADE: CAPITAL FÍSICO — POPULAÇÃO BRASILEIRA, 2000
[em %]

	Total	60 ou mais	Grupos etários																
			0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou mais
Acesso a moradia																			
Casa	90,82	89,56	92,40	93,14	93,20	92,38	90,41	89,39	89,42	89,10	88,85	88,95	89,51	90,18	90,53	89,93	89,05	88,63	87,98
Apartamento	7,43	8,83	5,21	5,07	5,45	6,19	7,32	8,28	8,64	9,31	9,73	9,79	9,24	8,53	8,16	8,65	9,44	9,62	9,19
Domicílio alugado	12,15	7,01	14,52	11,78	10,34	11,17	14,92	16,41	14,72	13,24	11,98	10,62	9,15	7,88	7,14	6,93	6,91	7,00	7,01
Domicílio cedido	9,63	6,13	13,52	11,87	9,96	8,84	10,08	11,01	10,48	9,41	8,14	7,18	6,52	6,40	6,04	5,93	5,99	6,35	6,75
Domicílio próprio pago	69,49	81,30	63,09	67,40	70,98	71,64	66,56	63,12	64,63	67,08	69,90	72,92	76,22	78,78	80,65	81,58	82,03	81,83	80,73
Domicílio próprio pagando	6,67	3,75	6,30	6,64	6,73	6,49	6,22	7,09	8,00	8,28	8,17	7,58	6,50	5,34	4,61	3,93	3,40	2,92	2,55
Condição de ocupação do terreno																			
Terreno próprio	69,13	80,55	60,12	65,18	69,77	71,21	65,94	62,88	65,22	68,55	71,91	74,97	77,61	79,23	80,53	80,98	81,17	80,51	78,79
Terreno cedido	4,55	2,85	6,25	5,94	5,22	4,41	4,36	4,77	4,80	4,35	3,83	3,38	3,09	2,98	2,91	2,84	2,70	2,78	3,00
Qualidade da moradia																			
Acesso a banheiro	80,47	82,85	73,13	74,47	76,17	79,04	80,84	82,54	84,04	85,16	85,79	85,55	84,82	83,19	83,14	83,54	83,78	82,61	79,51
Número médio de banheiros	1,06	1,17	0,88	0,92	0,98	1,05	1,07	1,05	1,07	1,13	1,19	1,22	1,22	1,18	1,17	1,17	1,18	1,16	1,14
Um banheiro	60,68	57,06	61,19	60,66	59,07	58,87	61,33	65,24	65,71	63,33	60,83	58,19	57,11	56,66	57,48	58,00	57,60	56,88	53,48
Dois banheiros	13,83	17,85	8,87	10,06	12,10	13,94	13,35	12,45	13,45	15,43	17,06	18,14	18,27	17,79	17,70	17,85	18,28	17,87	17,55
Três ou mais	5,96	7,93	3,07	3,74	5,00	6,23	6,16	4,85	4,87	6,40	7,90	9,22	9,44	8,74	7,96	7,69	7,90	7,86	8,48

(continua)

(continuação)

	Total	60 ou mais	Grupos etários																
			0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou mais
									Acesso a bens duráveis										
Geladeira ou *freezer*	81,52	82,85	73,69	76,32	78,46	80,44	81,10	83,23	85,08	86,27	86,88	86,72	85,86	84,10	84,02	83,94	83,67	81,67	77,60
Rádio	87,20	85,81	82,10	84,76	86,71	87,79	86,83	87,20	88,62	89,89	90,65	90,71	90,14	88,74	87,67	86,68	85,64	84,10	81,25
TV	86,17	85,23	81,24	83,07	84,42	85,82	86,32	87,71	88,78	89,41	89,73	89,33	88,52	86,87	86,46	86,11	85,66	84,17	80,69
Máquina de lavar	31,58	34,18	23,52	25,81	28,37	30,39	29,90	30,46	33,08	36,49	38,74	39,78	39,13	36,91	35,45	35,01	34,60	32,70	30,09
Microondas	17,97	17,74	12,50	13,19	15,09	17,09	18,02	18,45	19,34	21,28	23,02	24,39	23,89	21,75	19,57	18,14	17,40	15,82	14,64
Telefone	37,11	44,12	24,95	28,41	32,55	36,09	35,73	35,37	38,31	42,43	45,85	47,75	47,56	45,45	44,70	44,49	44,90	43,44	41,31
Microcomputador	10,20	7,99	5,42	6,67	9,27	11,27	10,85	9,63	9,99	12,41	14,79	15,94	14,67	11,87	9,30	7,88	7,24	6,84	7,11
Automóvel	32,03	29,53	24,02	26,55	28,77	30,19	30,47	32,24	35,43	38,37	40,03	41,16	40,10	37,03	33,76	30,72	28,05	25,04	23,02
Número médio de automóveis	0,40	0,37	0,28	0,31	0,34	0,38	0,40	0,40	0,43	0,46	0,50	0,54	0,54	0,50	0,44	0,39	0,35	0,31	0,29
Um automóvel	25,45	23,09	20,56	22,53	23,77	23,67	22,86	25,71	29,27	31,27	31,47	30,64	28,84	27,08	25,65	24,11	22,46	20,28	18,24
Dois automóveis	5,34	5,11	3,05	3,58	4,36	5,25	5,55	4,97	5,22	6,27	7,35	8,33	8,37	7,39	6,27	5,31	4,57	3,88	3,78
Três ou mais	1,24	1,33	0,40	0,44	0,64	1,26	2,06	1,57	0,93	0,83	1,20	2,19	2,89	2,56	1,83	1,30	1,02	0,87	1,00
Ar condicionado	6,76	7,72	4,73	4,99	5,62	6,18	6,15	6,32	7,08	8,26	8,95	9,41	9,14	8,46	7,94	7,82	7,70	7,53	7,22
Número médio de ar condicionados	0,10	0,12	0,07	0,07	0,08	0,10	0,09	0,09	0,10	0,12	0,13	0,15	0,14	0,13	0,12	0,12	0,12	0,11	0,11
Um ar condicionado	4,42	4,92	3,39	3,41	3,60	3,82	3,88	4,40	5,08	5,57	5,70	5,73	5,50	5,18	5,02	5,01	4,95	4,84	4,55
Dois ar condicionados	1,39	1,64	0,86	0,99	1,19	1,31	1,24	1,15	1,32	1,72	1,95	2,12	2,02	1,85	1,70	1,64	1,59	1,60	1,57
Três ou mais	0,95	1,16	0,48	0,59	0,82	1,04	1,03	0,76	0,69	0,96	1,29	1,56	1,61	1,44	1,22	1,17	1,15	1,09	1,10

(continua)

(continuação)

	Total	60 ou mais	Grupos etários																
			0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou mais
Acesso a serviços públicos																			
Água rede geral	75,18	77,06	70,22	70,51	71,91	74,31	76,18	76,89	77,56	78,35	79,06	78,66	77,80	76,03	76,33	77,10	78,13	77,81	76,47
Esgoto rede geral	44,39	49,38	37,53	37,80	39,33	42,39	45,15	45,91	46,55	48,05	49,79	50,27	49,71	48,23	48,41	49,54	50,85	50,33	48,33
Iluminação elétrica	92,69	93,00	90,08	90,31	91,12	92,41	93,20	93,83	94,29	94,54	94,58	94,30	93,83	92,93	93,05	93,28	93,51	93,10	91,42
Coleta de lixo	70,94	72,26	65,29	65,35	66,37	69,32	72,16	73,46	74,25	75,22	75,97	75,55	74,44	72,19	71,99	72,58	73,24	72,54	70,52
Capital humano																			
Anos médios de escolaridade	4,81	3,30	0,00	0,52	3,77	6,72	7,48	7,24	6,95	6,83	6,49	5,95	5,20	4,42	3,83	3,42	3,14	2,82	2,40

Fonte: CPS/FGV processando os microdados do Censo Demográfico de 2000/IBGE.

– Análise de coorte

A proporção de indivíduos que possuem casa própria aumenta ao longo de diferentes estágios do ciclo da vida. Por exemplo, em 2000, 85% da população com mais de 60 anos possuíam casa própria. Nesse ano, a faixa etária de 60 a 69 anos tinham a mais elevada taxa de acesso (85,3%). A proporção comparável foi de 57% em 1970 quando a mesma geração estava no grupo etário de 30 a 39 anos de idade. Ao restringirmos a análise à população com casa própria não-quitada (informação não-disponível em 1991), notamos que a evolução da taxa de acesso através de diferentes coortes não é muito definida. De uma forma geral, possui um formato de U invertido, decrescendo nos últimos estágios do ciclo da vida. Em contrapartida, é possível observar que a proporção de acesso à casa alugada cai ao longo dos anos, observando uma queda contínua a partir da faixa etária de 30 a 39 anos. Esse grupo, que em 1970 apresentava uma taxa de 18,8%, em 2000 (com 60 a 69 anos) apresentou uma de 7%.

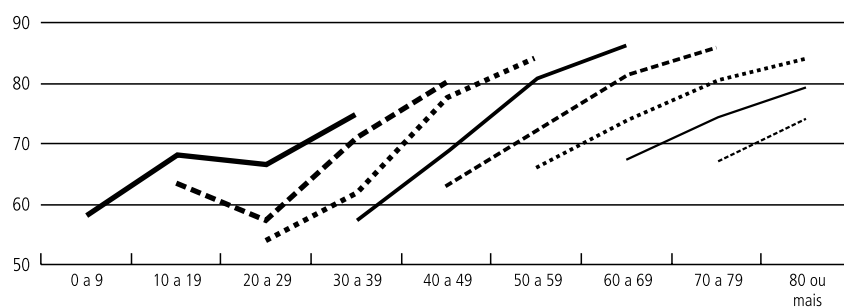
GRÁFICO 7
BRASIL: PROPORÇÃO DE PESSOAS COM ACESSO A DOMICÍLIO PRÓPRIO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico/IBGE.

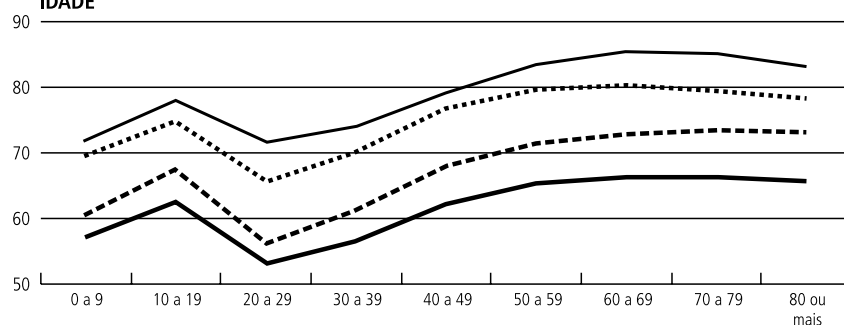
GRÁFICO 8
BRASIL: PROPORÇÃO DE PESSOAS COM ACESSO A DOMICÍLIO PRÓPRIO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico/IBGE.

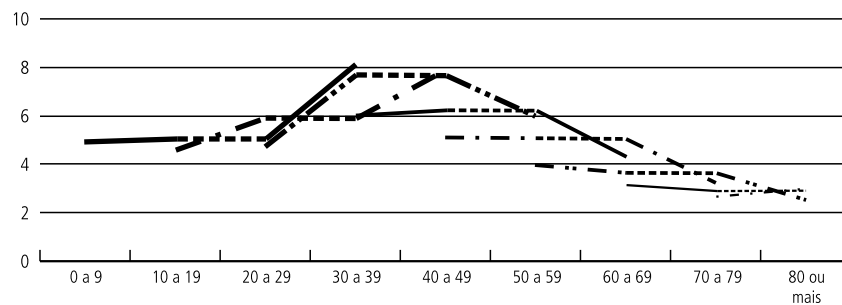
GRÁFICO 9
BRASIL: PROPORÇÃO DE PESSOAS COM ACESSO A DOMICÍLIO PRÓPRIO PAGANDO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico/IBGE.

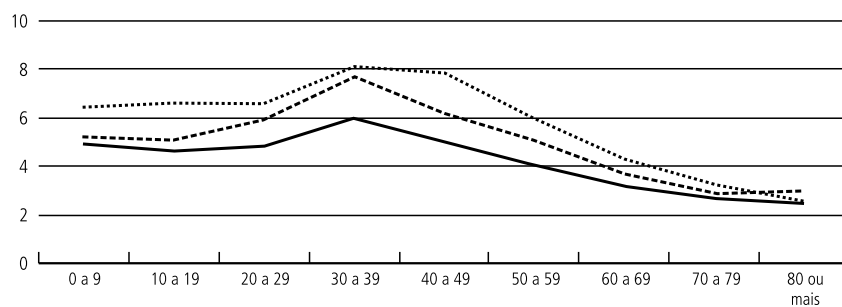
GRÁFICO 10
BRASIL: PROPORÇÃO DE PESSOAS COM ACESSO A DOMICÍLIO PRÓPRIO PAGANDO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico/IBGE.

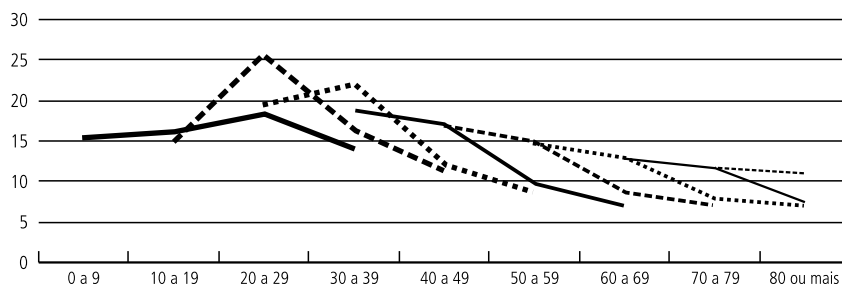
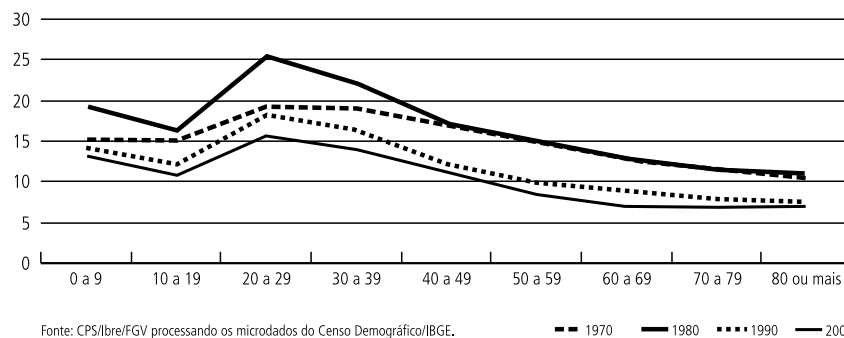
GRÁFICO 11
BRASIL: PROPORÇÃO DE PESSOAS COM ACESSO A DOMICÍLIO ALUGADO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

GRÁFICO 12
BRASIL: PROPORÇÃO DE PESSOAS COM ACESSO A DOMICÍLIO ALUGADO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

3.2.2 Bens duráveis

De acordo com a Tabela 1, as taxas de acesso aos bens duráveis não apresentam grandes distinções por grupos de idade quando analisamos o acesso a bens básicos ou que foram introduzidos na sociedade brasileira há mais tempo, como: geladeira ou freezer (83% entre os idosos e 82% entre a população total), rádio (86% e 87%) ou televisão (85% e 86%). Por outro lado, os produtos considerados de luxo e introduzidos mais recentemente não foram completamente assimilados pelos idosos. A taxa de acesso a bens duráveis tais como máquina de lavar, microondas, automóvel, ar-condicionado e microcomputador apresentam, em geral, um formato de U invertido, crescente na meia idade, porém caindo nas faixas etárias mais altas.

– Análise de coorte

Através dos dados censitários disponíveis desde 1970, é possível analisar a evolução no acesso a bens duráveis entre as gerações. O acesso a alguns bens duráveis, considerados importantes meios de comunicação, como rádio e televisão, não pode ser medido no ano de 1990, devido a problemas metodológicos. Abordaremos, assim, o acesso em três pontos do tempo: 1970, 1980 e 2000. As taxas de acesso a rádio e televisão crescem ao longo das gerações. Um exemplo disso pode ser visto se focarmos nossa análise, por exemplo, na coorte de 60 a 69 anos que tinha acesso a televisão em 2000. Essa taxa foi de 87%, mas quando essa mesma geração tinha entre 30 e 39 anos em 1970, apenas 26% tinham acesso a televisão. Avaliamos também as taxas de acesso a telefone, que estão disponíveis somente a partir de 1980. Notamos um acesso crescente a esse meio de comunicação em todas as gerações, principalmente no último período analisado (1990 e 2000), quando as linhas são mais verticais.

O censo nos permite captar, também, a evolução ao acesso a bens de luxo, como, por exemplo, as taxas de acesso a automóvel, que pode ser utilizado como um bom medidor de riqueza. De acordo com os Gráficos 19 e 20, as taxas crescem ao longo das diferentes coortes, principalmente nos grupos mais jovens. Dentre aqueles que tinham de 30 a 39 anos, em 1970, 11% possuíam automóvel. Quando olhamos essa mesma geração no ano de 1980 (com 40 a 49 anos) a referida taxa sobe para 23%; dez anos depois, quando estavam na faixa de 50 a 59 anos, o percentual de acesso era de 28%; e quando atingiram a faixa dos 60 anos a taxa alcançou 33%.

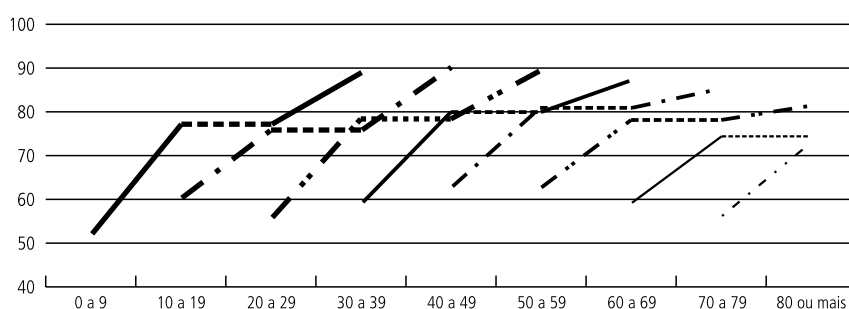
GRÁFICO 13
BRASIL: PROPORÇÃO DE PESSOAS COM ACESSO A RÁDIO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

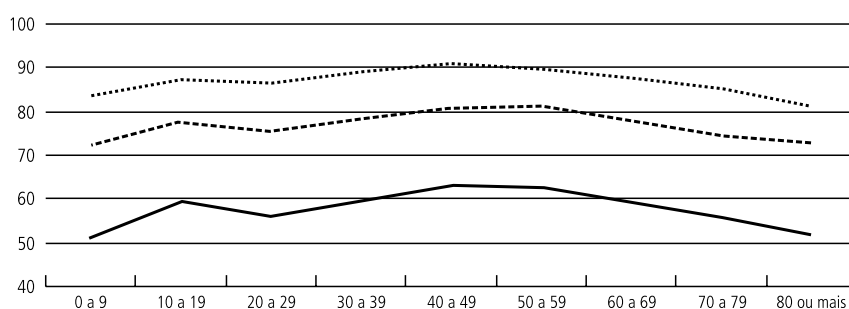
GRÁFICO 14
BRASIL: PROPORÇÃO DE PESSOAS COM ACESSO A RÁDIO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

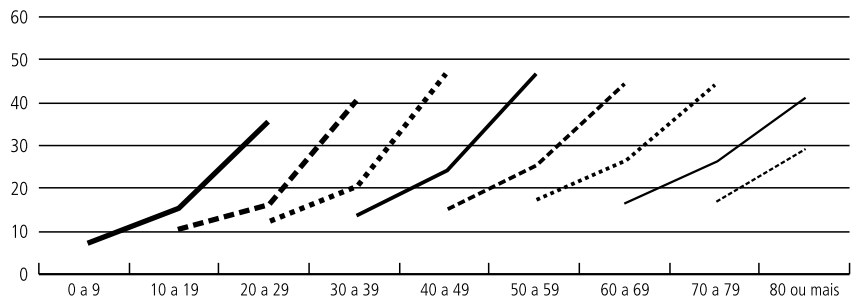
GRÁFICO 15
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A TELEFONE, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

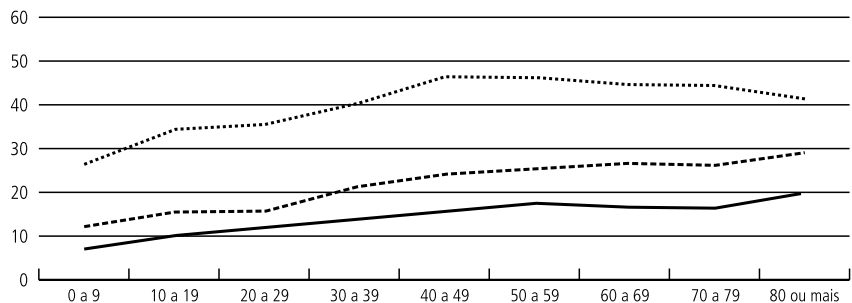
GRÁFICO 16
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A TELEFONE, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

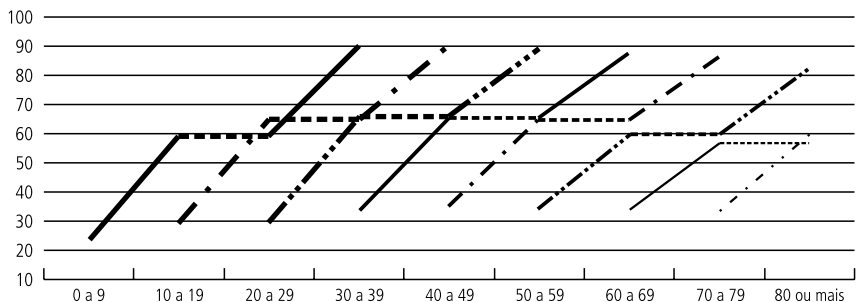
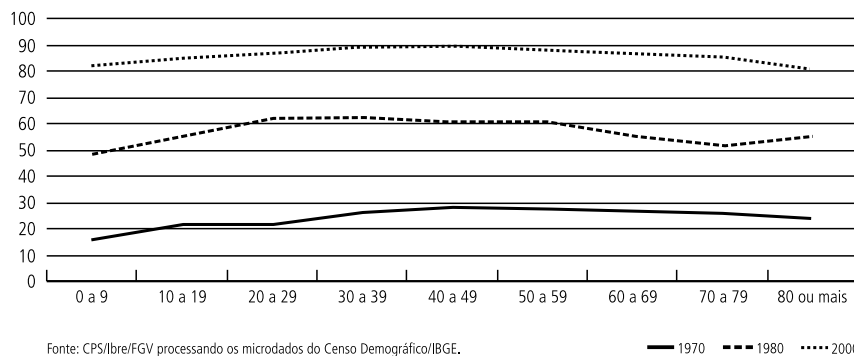
GRÁFICO 17
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A TELEVISÃO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

GRÁFICO 18
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A TELEVISÃO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

GRÁFICO 19
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A AUTOMÓVEL, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

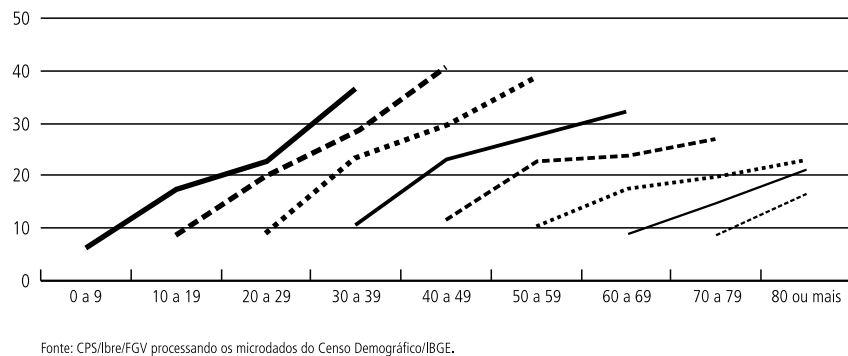
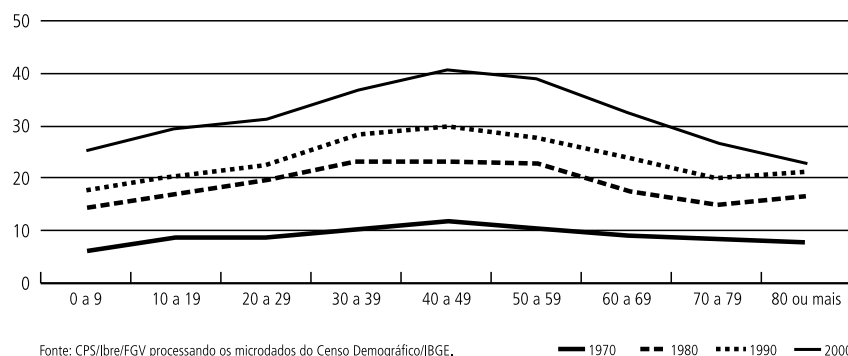



GRÁFICO 20
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A AUTOMÓVEL, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

3.2.3 Serviços públicos

O acesso a bens e serviços públicos básicos, como água, esgoto, coleta adequada de lixo e eletricidade, pode ser diretamente medido pelas pesquisas-padrão de domicílio, como os censos demográficos.

Analisando a situação em 2000, verificamos que o acesso a rede geral de água tornou-se praticamente uniforme entre os diversos grupos da população (77% entre os idosos e 75% na população total). A proporção de domicílios com água canalizada foi de aproximadamente 83% entre os idosos e de 80% na população total. O acesso a rede de esgoto ainda não está generalizado, ou seja, menos da metade da população brasileira tem esse serviço (49% entre idosos e 44% na população total). Quando analisamos o acesso a coleta de lixo, as taxas giram em torno de 70% tanto no grupo dos idosos quanto na população total. O acesso a iluminação elétrica atinge mais de 90% da população em todas as faixas de idade, diferentemente de 30 anos atrás, quando o acesso era menos igualitário entre jovens e idosos. Essas taxas foram se aproximando com o passar dos anos.

– Análise de coorte

Taxas de acesso a diferentes serviços públicos crescem substancial e homogeneamente ao longo do ciclo da vida de diferentes coortes durante o período de 1970 a 2000. Durante esse período, por exemplo, como o Gráfico 22 mostra, a taxa de acesso a eletricidade para a geração com 60 anos ou mais aumentou de 49% em 1970 para mais de 93% em 2000. Se analisarmos um subgrupo específico, como por exemplo o de 70 a 79 anos, percebemos que em 2000 esse serviço abrangia 91% dessa população, situação muito melhor do que há três décadas, quando a eletricidade só alcançava 49% dessa mesma população com 40 a 49 anos. Outro serviço que merece destaque é o acesso a abastecimento de água, que aumentou de forma significativa entre os anos estudados. Um exemplo disso pode ser visto analisando a geração com mais de 80 anos em 2000. A sua taxa de acesso foi de 76%, um pouco mais do que o dobro da taxa observada quando essa população tinha entre 50 e 59 anos em 1970. Assim como para eletricidade e água, podemos observar comportamentos semelhantes para o acesso a esgoto e coleta de lixo, nos Gráficos 25 a 28. Vale ressaltar que dados sobre o acesso a coleta de lixo estão disponíveis apenas para os anos 1990 e 2000. Essas informações evidenciam que houve grande melhora na qualidade de vida dos idosos ao longo das décadas, assim como para os demais grupos etários.

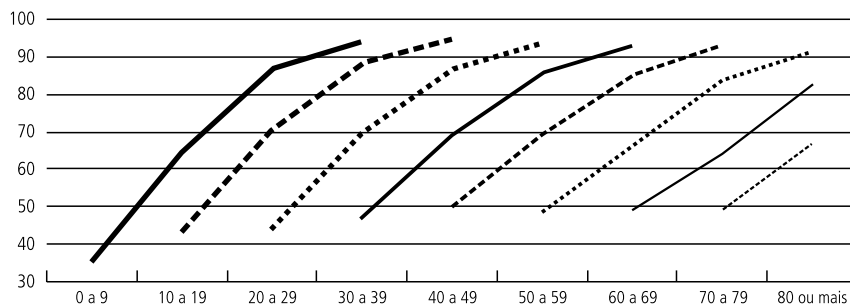
GRÁFICO 21
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A ILUMINAÇÃO ELÉTRICA, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

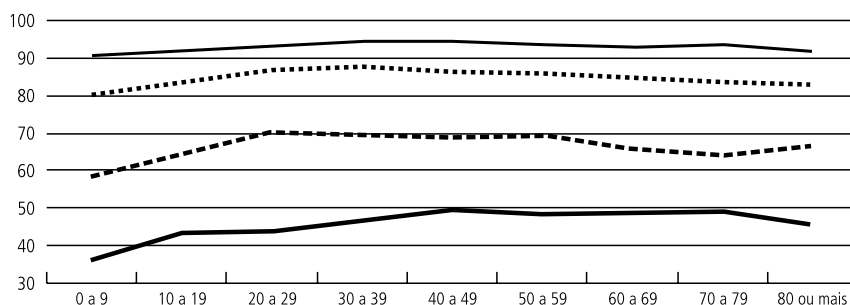
GRÁFICO 22
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A ILUMINAÇÃO ELÉTRICA, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

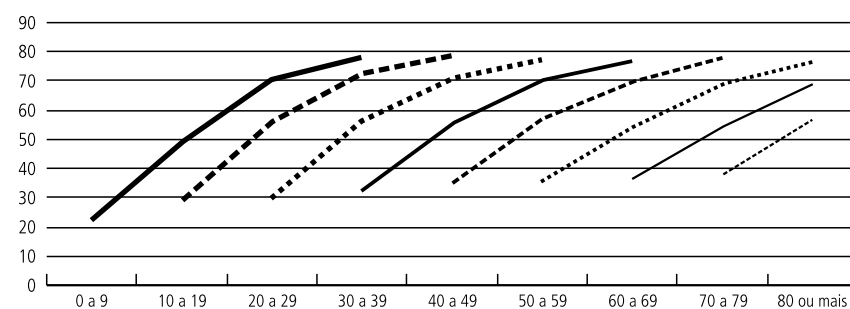
GRÁFICO 23
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A REDE GERAL DE ÁGUA, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

GRÁFICO 24

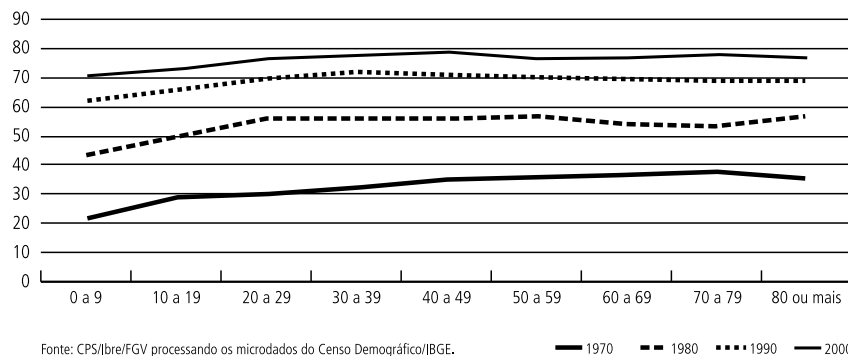
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A REDE GERAL DE ÁGUA, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

GRÁFICO 25

BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A REDE GERAL DE ESGOTO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

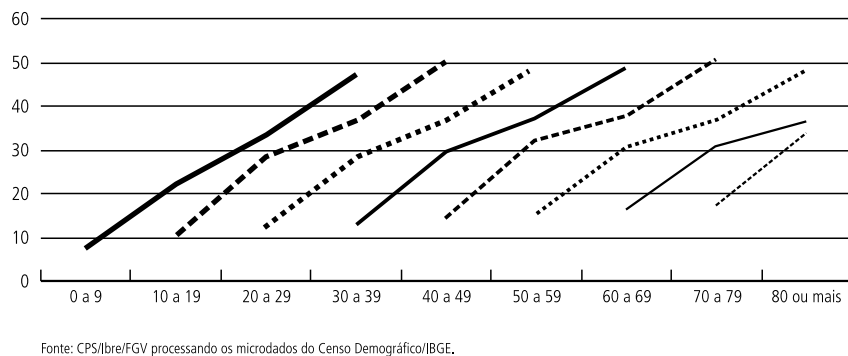



GRÁFICO 26

BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A REDE GERAL DE ESGOTO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

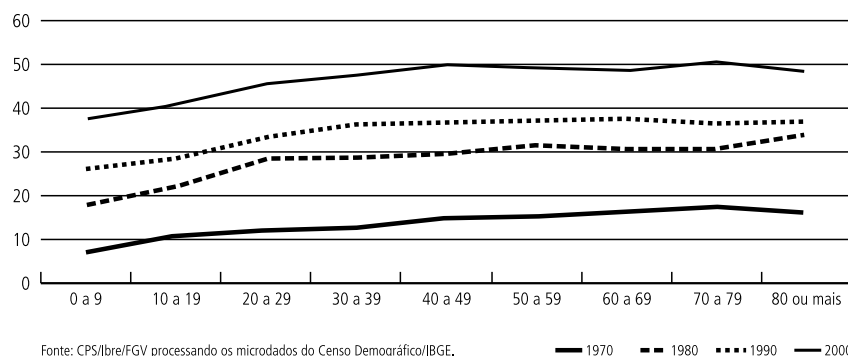



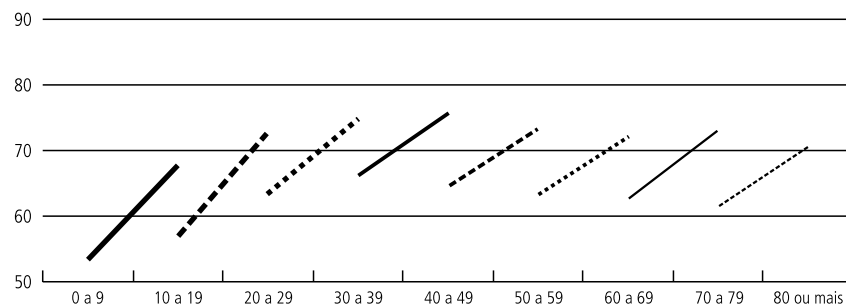
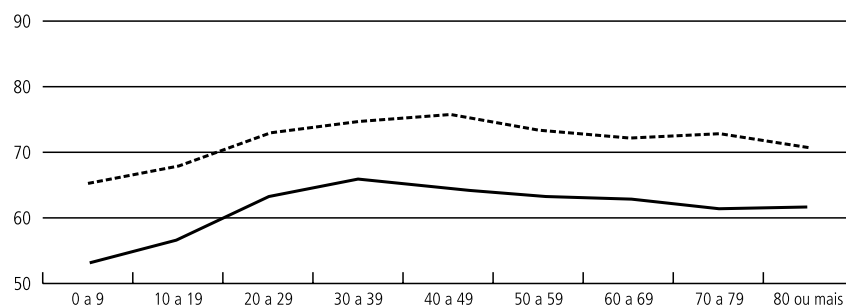
GRÁFICO 27
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A COLETA DE LIXO, POR GRUPOS DE IDADE

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

GRÁFICO 28
BRASIL: PROPORÇÃO DE ACESSO A COLETA DE LIXO, POR GRUPOS DE IDADE

90
80
70
60
50
0 a 9 | 10 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 a 69 | 70 a 79 | 80 ou mais

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

1990 --- 2000

3.3 Capital Humano

A literatura sobre educação formal é um dos melhores exemplos da literatura empírica aplicada aos estudos do acesso a capital humano no Brasil. O acesso a retornos de educação e seus principais determinantes, a provisão de educação como um bem público, a evasão de crianças da escola, educação e desigualdade, a influência de variáveis comunitárias, o acesso a escolas de qualidade têm sido analisados em detalhes por vários estudos no Brasil.[2]

3.3.1 Anos completos de estudo

Um exemplo do retorno da educação no caso da população idosa, que tem menor escolaridade e observado na Tabela 2 que apenas 5,54% têm mais de 12 anos

2. Em particular, ver o trabalho de Barros (1996).

TABELA 2
BRASIL: EDUCAÇÃO: PROPORÇÃO POR GRAU DE ESCOLARIDADE — 2000

	Número de pessoas	Composição vertical (%)	Renda média *per capita*
Anos de estudo			
Sem instrução ou menos de 1 ano	42.340.658	25,07	150,16
1 a 3	31.099.267	18,41	160,47
4 a 7	46.658.164	27,63	224,11
8 a 11	38.213.277	22,63	415,01
12 ou mais	9.361.227	5,54	1.319,10
Ignorado	1.209.078	0,72	181,81

Fonte: CPS/IBRE/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico 2000/IBGE

TABELA 3
BRASIL: EDUCAÇÃO: NÍVEL DE EDUCAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA — 2000

Nivel de educação	Idade												
	Total	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59
Até 3 anos de estudo	43,49	100,00	99,75	43,93	15,06	16,29	18,78	21,66	23,59	26,43	32,20	39,78	47,47
12 ou + anos	5,54	0,00	0,00	0,00	1,03	8,62	9,78	10,01	11,08	11,40	11,19	9,57	7,20

Fonte: CPS/IBRE/FGV a partir dos microdados do Censo Demográfico 2000/IBGE.

completos de estudo. No entanto, conseguem um nível de renda *per capita* 412% superior ao conjunto da população de idosos.

Olhando por todo o espectro etário até os 25 anos, em média, os indivíduos ainda estão estudando e acumulando capital humano. A média de anos de estudo da população total, pelos dados do Censo de 2000, é de 4,81. Os que estão na faixa de 20 a 24 anos são os que apresentam as taxas mais altas de escolaridade. Após essa faixa, o nível de escolaridade vai caindo conforme a idade. Aqueles que têm mais de 60 anos de idade têm um baixo nível de escolaridade, apenas 3,3 anos de estudo. Entre os que têm mais de 80 anos a escolaridade é ainda mais baixa: apenas 2,4 anos. Apesar do baixo nível de estudo dos brasileiros, e dos idosos em particular, observamos que a situação melhorou entre 1970 e 2000. Em 1970, por exemplo, a escolaridade média dos brasileiros era de apenas 2,4 anos. Essa média evoluiu para 3,21 em 1980, e para 4,18 em 1990. Enfocando nosso grupo de interesse aqueles com 60 anos ou mais — observamos que em 1970 a escolaridade

TABELA 4
BRASIL: EDUCAÇÃO MÉDIA, POR FAIXAS ETÁRIAS — 1970, 1980, 1990 E 2000

Faixas etárias	1970	1980	1990	2000
Total	2,4	3,21	4,18	4,81
60 ou mais	1,77	1,95	2,53	3,30
0 a 4	0,00	0,00	0,00	0,00
5 a 9	0,34	0,25	0,71	0,52
10 a 14	2,21	2,37	3,34	3,77
15 a 19	3,47	4,47	5,50	6,72
20 a 24	3,66	5,11	6,28	7,48
25 a 29	3,3	4,95	6,41	7,24
30 a 34	3,01	4,41	6,08	6,95
35 a 39	2,76	3,77	5,51	6,83
40 a 44	2,61	3,35	4,84	6,49
45 a 49	2,41	3,09	4,17	5,95
50 a 54	2,16	2,83	3,68	5,2
55 a 59	2,09	2,52	3,27	4,42
60 a 64	1,88	2,23	2,93	3,83
65 a 69	1,85	1,93	2,57	3,42
70 a 74	1,72	1,78	2,29	3,14
75 a 79	1,69	1,67	2,09	2,82
80 ou mais	1,32	1,66	1,89	2,40

Fonte: CPS/IBRE/FGV a partir dos microdados dos Censos 1970.1980.1991 e 2000.

média dessa coorte era de 1,77 ano, aumentou para 1,95 em 1980, 2,53 em 1990 e 3,30 em 2000. Apesar de lenta, percebemos algum avanço nessas três décadas analisadas. Quer dizer, a média de anos de estudo daqueles com mais de 60 anos cresceu em quase um ano. Esse crescimento é pequeno, se comparado, por exemplo, à faixa de 20 a 24 anos de idade.

– Análise de coorte

Os Gráficos 29 e 30 apresentam o perfil estático da média de anos de estudo da população em várias faixas etárias nos anos de 1970, 1980, 1991 e 2000. Observamos que as linhas estão sistematicamente uma acima da outra, o que indica a

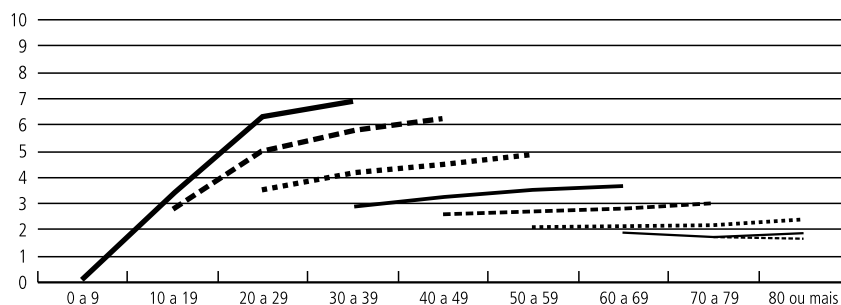
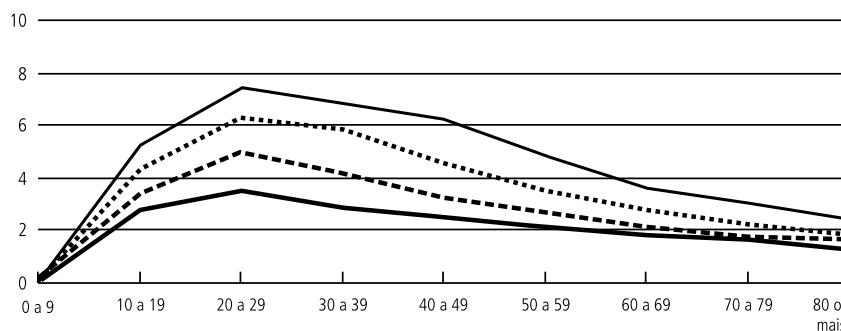
GRÁFICO 29
BRASIL: ESCOLARIDADE MÉDIA, POR FAIXAS ETÁRIAS

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados dos Censos de 1970, 1980, 1991 e 2000.

GRÁFICO 30
BRASIL: EVOLUÇÃO DO ACESSO A EDUCAÇÃO, POR FAIXAS ETÁRIAS

Fonte: CPS/Ibre/FGV processando os microdados dos Censos de 1970, 1980, 1991 e 2000.

ocorrência de melhoras paulatinas ao longo do tempo na escolaridade de todos os grupos etários. Em 1970, a escolaridade mais alta da população brasileira era de 3,66 anos, observada na faixa etária de 20 a 29 anos. Em 1980 a escolaridade mais alta evoluiu para 5,11 anos, também na faixa de 20 a 29 anos e em 2000 o nível educacional mais alto é de 7,48 anos para a mesma faixa etária. A escolaridade dos que têm mais de 60 também evoluiu nesses 30 anos.

Podemos, através dos dados de coorte, comparar o nível de escolaridade entre gerações, ou seja, como era o acesso à educação entre os idosos de 1970 e como se dá esse acesso entre os idosos de hoje. No Gráfico 29, podemos observar essa trajetória ao longo dos anos. Percebemos que depois dos 30 anos a escolaridade evoluiu pouco para uma dada geração. Isso significa que, nesse caso, podemos analisar a sua evolução por geração usando a última pesquisa transversal disponível.

3.3.2 Dados da PME

Uma outra forma de captar diferenças educacionais entre gerações é fazer inferências a partir de questões retrospectivas das pesquisas domiciliares sobre a escolaridade da mãe e do pai. Isso pode ser feito a partir dos dados do Suplemento PME de 1996. O Gráfico 31 apresenta o perfil estático da proporção de indivíduos, ao longo dos diferentes grupos etários, que alcançaram um grau de escolaridade (isto é, alfabetização, ensino médio completo, incompleto etc.) estritamente superior ao de seus pais.

As linhas que comparam o grau de escolaridade dos indivíduos com suas respectivas mães estão um pouco acima das linhas referentes à comparação paterna. Isso mostra que a escolaridade das mães é, em geral, um pouco inferior à dos pais. A proporção de pessoas com educação superior ao seu pai decresce monotonicamente de 79% no grupo etário de 15 a 20 anos para 25% entre os de 60 a 65 anos. Note-se que a estatística se refere a graus e não a séries estritamente superiores (por exemplo: primeiro grau completo, primeiro grau incompleto, e assim por diante). Esse movimento indica uma aceleração da expansão do nível educacional quando comparada com a geração dos seus pais nos últimos 40 anos. Observa-se que a proporção de pessoas com grau de escolaridade estritamente superior à da mãe ou do pai é menor entre os grupos mais idosos, indicando crescente aceleração da expansão educacional.

GRÁFICO 31

BRASIL: PROPORÇÃO DE PESSOAS CUJO NÍVEL DE EDUCAÇÃO É SUPERIOR AO DOS PAIS, POR FAIXAS ETÁRIAS

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do suplemento PME de 1996.

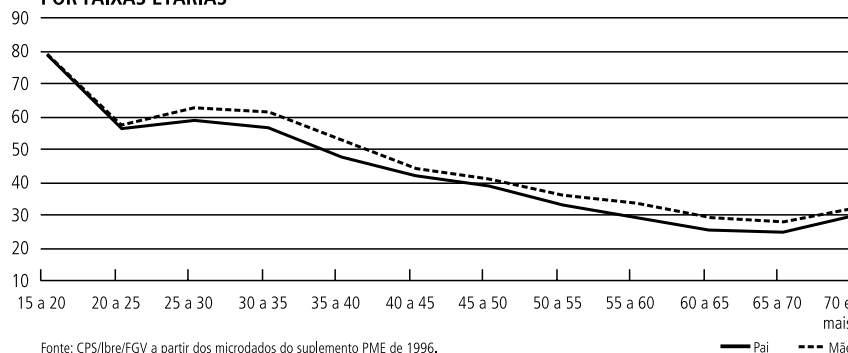



TABELA 5
BRASIL: PERFIL DA POSSE DE ATIVOS: AS SEIS PRINCIPAIS REGIÕES METROPOLITANAS - 1996
POPULAÇÃO TOTAL

	TOTAL	> 60	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	>70
Escolaridade estritamente maior que														
Pai	43,54	26,71	78,95	56,36	58,69	56,62	48,14	41,68	38,93	33,32	29,60	25,20	24,87	30,07
Mãe	46,38	29,87	78,96	57,45	62,29	60,95	52,82	44,00	41,46	35,64	33,39	29,26	27,95	32,40
Capital humano específico														
Fez curso técnico equivalente ao 2º grau	13,01	7,62	12,62	10,45	16,93	21,58	18,72	14,90	15,95	12,38	9,66	8,26	7,45	7,16
Acredita que para estar na mesma posição nos próximos cinco anos é necessário maior conhecimento	59,03	45,10	73,75	69,46	67,25	67,10	64,28	63,40	60,91	54,74	52,15	44,94	46,51	43,84
Encontrou dificuldades para adaptar a novos equipamentos														
1991	15,24	15,90	3,63	17,02	13,17	14,78	16,20	16,18	16,40	20,72	17,07	19,73	13,00	14,96
1996	17,40	21,30	15,86	14,50	12,42	14,53	16,71	16,55	18,69	18,66	16,95	15,91	22,34	25,65
Sindicatos e associações não-comunitárias														
Membros ou associados														
Total	23,16	13,53	17,03	23,72	27,80	29,00	30,23	32,37	31,02	25,78	20,34	18,24	13,86	8,51
Ocupados	28,32	24,39	19,54	26,00	29,30	30,54	31,92	35,34	34,97	31,01	28,09	29,27	24,35	19,56

(continua)

(continuação)

	TOTAL	> 60	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	>70
Participa de pelo menos uma reunião por ano	3,94	2,25	3,13	2,99	4,20	4,33	5,05	5,60	5,89	5,38	3,96	4,16	1,82	0,76
Participa de pelo menos quatro reuniões por ano	2,78	1,71	1,56	1,80	2,96	2,93	4,18	4,24	3,97	3,77	2,84	3,28	1,45	0,40
Não é membro hoje, mas foi nos últimos cinco anos	13,66	8,63	6,54	15,07	19,98	20,20	18,69	17,98	15,93	13,25	10,34	12,07	8,62	5,20
Associações comunitárias														
Associados	12,67	12,79	13,99	11,26	10,40	11,05	12,01	12,55	13,46	14,47	14,48	13,63	11,45	13,28
Participa de pelo menos uma reunião por ano	10,04	10,13	12,51	9,62	8,17	8,43	9,35	8,93	10,36	11,36	11,40	11,55	9,02	9,82
Membro de associações de moradores	24,77	18,92	17,95	23,64	28,86	26,79	26,87	34,06	27,28	24,72	30,39	18,81	20,30	17,64
Associações religiosas	39,96	50,91	37,56	45,76	37,48	29,61	34,03	25,90	36,58	43,43	36,44	49,30	46,92	56,52
Ateu	7,19	4,28	15,09	8,62	9,83	9,16	6,92	7,41	5,54	5,25	5,57	5,01	3,70	4,14
Atividades políticas														
Filiados a partidos políticos	3,17	2,27	0,37	2,60	4,24	3,55	4,53	5,23	4,34	3,01	3,40	2,67	2,80	1,33
Participa de atividades de partidos políticos	35,32	22,43	0,00	56,05	42,31	39,51	44,59	46,36	38,58	49,39	39,75	29,65	28,27	9,36
Tem simpatia por partidos políticos	20,93	17,62	16,11	22,27	24,38	25,16	23,60	24,01	23,33	20,71	18,72	18,68	16,51	17,68
Não usa nenhuma fonte para decidir o voto	35,32	46,87	20,43	28,26	28,55	28,55	31,66	33,20	35,04	36,69	40,90	41,36	42,92	56,33
Entre os que usam alguma fonte de informação	66,50	64,52	57,55	70,49	71,67	68,20	69,40	64,85	68,11	66,62	67,49	65,64	64,93	62,99
Utliza TV para decidir o voto														
Sabe o nome correto do presidente da república	83,54	79,21	74,82	80,82	86,87	87,28	88,66	87,85	87,89	86,24	84,41	83,08	81,81	72,74
Sabe o nome do prefeito, governador e presidente	69,66	66,77	47,57	61,08	72,98	74,44	77,09	76,97	77,32	75,47	72,67	71,96	70,56	57,79

As seis regiões metropolitanas são: Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.

3.4 Capital Social

O capital social pode ser entendido em um sentido amplo, como uma variedade de tipos de instituições ou mecanismos de coordenação que afetam os retornos privados e sociais dos ativos públicos e privados. A complementaridade entre esse tipo de capital e os outros é essencial para o entendimento do conceito de capital social. Por exemplo, a organização dos fatores de produção será um determinante-chave para os retornos obtidos de uma dada quantidade acumulada de capital físico e humano.

3.4.1 Associações e sindicatos

Uma primeira observação está relacionada com as taxas de adesão aos sindicatos e associações não-comunitárias. De acordo com a Tabela 5, existe uma relação inversa entre idade e taxas de adesão a essas organizações. Entre todos os idosos com mais de 60 anos, 14% são membros ou associados a sindicatos e associações não-comunitárias. Essa proporção é bastante inferior à da população total, que é de aproximadamente 23%.

Considerando que a maioria dos membros de sindicatos e associações comunitárias possui, em geral, algum vínculo empregatício e a taxa de ocupação dos idosos é baixa, optou-se por analisar a taxa de adesão apenas dos ocupados, que é mais uniformemente distribuída pelos diversos grupos de idade, apesar de apresentar uma pequena queda nos grupos mais velhos. Mesmo assim ainda é bastante expressiva: 24% da população com mais de 60 anos estão ligados a associações de caráter profissional em relação a 28% da população total como um todo.

No universo formado por aqueles que hoje não são membros de associações profissionais, mas que o foram nos últimos cinco anos, a proporção de idosos também é inferior à da população total (9% e 14%, respectivamente). As proporções atuais de freqüência nessas atividades é muito menor em ambos os universos: somente 2% dos idosos assistem a pelo menos uma reunião por ano. Essa mesma proporção corresponde a 3% na população total.

Em geral, as taxas de adesão a associações comunitárias são menores e mais uniformemente distribuídas por grupos de idade do que as encontradas para sindicatos e associações não-comunitárias mencionadas anteriormente. A Tabela 2 revela que o percentual de idosos com mais de 60 anos que são membros de associações comunitárias é de 13%. A proporção de indivíduos que assistem a pelo menos uma reunião por ano é maior para associações comunitárias do que para qualquer outro tipo de associação analisada (10%, em média). A análise da composição de associações comunitárias revela que os idosos têm uma participa-

ção mais expressiva em associações religiosas, principalmente aqueles com mais de 70 anos: 56% dos idosos nessa faixa etária que participam a alguma associação comunitária pertencem a associações religiosas.

3.4.2 Atividades políticas

Analisaremos agora a participação dos idosos em atividades políticas. Segundo a Tabela 2, as taxas de filiação formal em campanhas políticas são pequenas e apresentam um perfil do ciclo da vida com formato de U invertido, alcançando valores mais expressivos nos grupos intermediários de idade (5%, em média). Para os idosos essa proporção foi de 2% e de cerca de 3% na população total. A baixa taxa de filiação pode ser resultado de altos requerimentos para uma filiação política em termos de participação efetiva. A taxa de participação daqueles que são membros de partidos também é menor entre os idosos: entre os filiados com mais de 60 anos apenas 22% participam de atividades em partidos políticos. Na população total, esse percentual corresponde a aproximadamente 35%.

Dada a baixa taxa formal de filiação a partidos, usaremos outras medidas para avaliar a participação política dos idosos brasileiros, como, por exemplo, a simpatia por partidos. Observa-se que o percentual de idosos que apresentam simpatia por algum partido político decresce com a idade (18% da população com mais de 60 anos e 21%, em média, na população total). Uma questão final revela que a cultura política dos idosos, captada pelo conhecimento do nome correto do presidente do Brasil — ou o nome do presidente e seus respectivos governador e prefeito —, apresenta, também, um formato de U invertido. Entre os indivíduos com idade superior a 60 anos, 79% sabem o nome correto do presidente e 67% sabem os nomes do prefeito, governador e presidente (84% e 70%, respectivamente, na população total).

4 CONCLUSÃO

Este estudo objetivou avaliar o acesso aos diversos tipos de ativos por grupos etários, com especial ênfase à terceira idade. O comportamento do ciclo da vida da posse de ativos foi estudado usando-se um perfil estático e pseudopainéis. O principal problema da análise estática é não levar em conta diferenças geracionais entre indivíduos diferentes. A análise dinâmica com utilização de pseudopainel, ao contrário, nos possibilita acompanhar o valor de uma certa estatística para uma mesma geração ao longo do tempo.

A análise do acesso a recursos foi estruturada em três grupos: capital físico (bens duráveis, moradia e serviços públicos), capital humano (escolaridade) e capital social (sindicatos e associações, participação política e estrutura familiar).

Os ativos físicos permitem suavizar eventuais flutuações da renda, como nos casos de queda de renda com a aposentadoria, doença, desemprego, entre outros. Vimos que os idosos possuem maior taxa de acesso a casa própria e menor acesso a casa alugada do que os demais grupos de idade. O acesso a serviços públicos apresentou uma tendência de crescimento ao longo dos anos para todas as faixas etárias

O acesso a capital humano é fundamental nas etapas iniciais e intermediárias do ciclo da vida, pois possibilita maior acúmulo de capital físico e financeiro, garantindo maior bem-estar no final do ciclo da vida. Nesse sentido, o nível de escolaridade é uma variável-chave para entender as desigualdades na distribuição de renda entre diferentes gerações. Pelos dados de coorte percebemos uma evolução do acesso a educação para todas as idades, e para os idosos essa melhora não é tão grande como a observada na faixa de 20 a 29 anos.

Com relação ao capital social, observamos que os idosos apresentam menor taxa de adesão a sindicatos e associações não-comunitárias, mesmo quando controlada pelo fato de estarem ocupados, e para estes últimos a taxa de adesão é maior do que a dos não-ocupados. No entanto, os idosos, principalmente os que têm mais de 70 anos, possuem participação mais representativa em associações comunitárias, em particular as religiosas.

APÊNDICE A

Descrição de Base de Dados

- **Censo Demográfico**

O censo demográfico é uma pesquisa domiciliar que se restringe aos domicílios ocupados e abrange todo o território nacional. Possui detalhadas características pessoais e ocupacionais de todos os membros dos domicílios. O censo possui informações detalhadas sobre acesso a moradia, serviços públicos e bens duráveis, entre outros.

- **Pesquisas Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**

A PNAD é uma pesquisa domiciliar anual realizada no terceiro trimestre, que entrevista 100 mil domicílios todo ano. Essa pesquisa possui informações detalhadas sobre características pessoais e ocupacionais de todos os membros dos domicílios, sobre acesso a moradia, serviços públicos, bens duráveis, entre outros.

- **Pesquisa Mensal de Emprego (PME)**

A PME é uma pesquisa domiciliar de periodicidade mensal sobre mão-de-obra e rendimento do trabalho. As informações necessárias à geração das estatísticas desejadas são obtidas de uma amostra probabilística de, aproximadamente, 39 mil domicílios situados em seis regiões metropolitanas: Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.

A pesquisa suplementar aplicada à PME (Suplemento PME), em 1996, objetivou conhecer algumas características da população em relação aos tema associativismo; representação de interesses e intermediação política; e educação e trabalho.

A pesquisa suplementar utilizou a amostra da PME de abril de 1996, reportando-se aos moradores que participaram da pesquisa e que, nessa data, tinham 18 anos ou mais de idade, para a investigação dos temas associativismo e representação de interesses e intermediação política e, para os que tinham 20 anos ou mais de idade, para investigação das características de educação e trabalho.

APÊNDICE B

TABELA B1
EDUCAÇÃO MÉDIA

Idade	1970	1980	1991-1	2000
0 a 9	0,04	0,22	0,08	0,05
10 a 19	2,80	3,39	4,35	5,27
20 a 29	3,50	5,04	6,34	7,37
30 a 39	2,89	4,12	5,82	6,89
40 a 49	2,52	3,23	4,54	6,25
50 a 59	2,13	2,70	3,50	4,86
60 a 69	1,87	2,09	2,78	3,65
70 a 79	1,71	1,74	2,21	3,01
80 ou mais	1,32	1,66	1,89	2,40

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

TABELA B2
DOMICÍLIO PRÓPRIO

Idade	1970	1980	1991-1	2000
0 a 9	57,28	60,60	69,74	71,73
10 a 19	62,46	67,50	74,78	77,92
20 a 29	53,12	56,34	65,78	71,59
30 a 39	56,67	61,14	70,04	73,95
40 a 49	62,26	67,94	76,76	79,17
50 a 59	65,44	71,48	79,86	83,33
60 a 69	66,40	72,94	80,43	85,37
70 a 79	66,33	73,36	79,43	85,17
80 ou mais	65,80	73,15	78,34	83,27

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

TABELA B3
DOMICÍLIO PRÓPRIO PAGANDO

Idade	1970	1980	2000
0 a 9	4,91	5,23	6,47
10 a 19	4,58	5,06	6,61
20 a 29	4,76	5,88	6,62
30 a 39	5,98	7,67	8,13
40 a 49	5,08	6,21	7,90
50 a 59	3,98	5,07	5,99
60 a 69	3,19	3,64	4,31
70 a 79	2,68	2,91	3,21
80 ou mais	2,48	2,98	2,55

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

Nota: Não há dados disponíveis no Censo de 1991.

TABELA B4
DOMICÍLIO ALUGADO

Idade	1970	1980	1991-1	2000
0 a 9	15,52	19,29	13,90	13,14
10 a 19	15,01	16,27	12,18	10,76
20 a 29	19,36	25,44	18,31	15,61
30 a 39	18,79	22,00	16,37	14,00
40 a 49	16,77	17,07	12,20	11,36
50 a 59	14,71	15,04	9,92	8,59
60 a 69	12,93	12,90	8,79	7,05
70 a 79	11,64	11,61	8,02	6,95
80 ou mais	10,47	10,96	7,49	7,01

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

TABELA B5
RÁDIO

Idade	1970	1980	2000
0 a 9	51,86	72,41	83,44
10 a 19	59,85	77,27	87,26
20 a 29	55,79	75,55	87,00
30 a 39	59,10	78,59	89,24
40 a 49	62,88	80,17	90,68
50 a 59	62,34	81,07	89,53
60 a 69	59,05	77,88	87,24
70 a 79	56,09	74,31	85,04
80 ou mais	51,71	72,84	81,25

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

Nota: Não há dados disponíveis no Censo de 1991.

TABELA B6
TELEVISÃO

Idade	1970	1980	2000
0 a 9	15,76	47,84	82,16
10 a 19	21,45	54,63	85,13
20 a 29	22,40	61,17	86,96
30 a 39	26,05	62,02	89,08
40 a 49	28,27	61,04	89,55
50 a 59	27,11	60,81	87,80
60 a 69	26,48	55,35	86,31
70 a 79	26,15	51,96	85,08
80 ou mais	23,49	55,48	80,69

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

Nota: Os dados disponíveis do Censo 1991 estão desagregados em TV em cores e em preto e branco.

TABELA B7
TELEFONE

Idade	1970	1980	2000
0 a 9	7,21	12,00	26,69
10 a 19	10,17	15,62	34,35
20 a 29	11,84	16,19	35,56
30 a 39	13,92	20,76	40,31
40 a 49	15,51	24,15	46,71
50 a 59	17,57	25,24	46,64
60 a 69	16,51	26,38	44,61
70 a 79	16,57	26,24	44,33
80 ou mais	19,79	29,09	41,31

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

Nota: Os dados estão disponíveis somente a partir de 1980.

TABELA B8
AUTOMÓVEL

Idade	1970	1980	1990	2000
0 a 9	6,09	14,17	18,21	25,29
10 a 19	8,71	17,20	20,65	29,49
20 a 29	8,88	19,95	22,60	31,29
30 a 39	10,55	23,24	28,33	36,86
40 a 49	11,66	23,17	29,92	40,54
50 a 59	10,42	22,49	27,76	38,76
60 a 69	8,97	17,68	23,86	32,43
70 a 79	8,46	14,81	19,90	26,87
80 ou mais	7,84	16,52	21,11	23,02

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

TABELA B9
ILUMINAÇÃO ELÉTRICA

Idade	1970	1980	1990	2000
0 a 9	36,06	58,78	80,38	90,19
10 a 19	43,06	64,24	83,15	91,78
20 a 29	44,19	70,37	86,74	93,49
30 a 39	47,13	70,02	88,09	94,41
40 a 49	49,45	69,00	86,56	94,45
50 a 59	48,80	69,34	85,74	93,44
60 a 69	48,84	65,83	84,89	93,15
70 a 79	49,28	64,14	83,50	93,35
80 ou mais	45,76	66,65	82,72	91,42

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

TABELA B10
ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Idade	1970	1980	1991-1	2000
0 a 9	22,28	44,35	62,23	70,37
10 a 19	28,67	49,46	65,71	73,13
20 a 29	30,24	55,98	70,12	76,50
30 a 39	32,27	55,92	72,59	77,94
40 a 49	35,23	55,75	71,10	78,88
50 a 59	35,59	56,70	70,12	77,03
60 a 69	36,53	54,25	69,68	76,67
70 a 79	37,67	53,8	68,97	78,01
80 ou mais	35,05	56,79	68,93	76,47

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

TABELA B11
REDE GERAL DE ESGOTO

Idade	1970	1980	1990	2000
0 a 9	7,44	18,43	26,18	37,67
10 a 19	10,70	22,11	28,63	40,88
20 a 29	11,97	28,37	33,61	45,50
30 a 39	12,83	28,52	36,73	47,27
40 a 49	14,58	29,71	36,61	50,01
50 a 59	15,33	31,87	37,17	49,06
60 a 69	16,30	30,64	37,60	48,90
70 a 79	17,40	30,67	36,64	50,65
80 ou mais	16,11	33,90	36,88	48,33

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

TABELA B12
COLETA DE LIXO

Idade	1991-1	2000
0 a 9	53,45	65,32
10 a 19	56,91	67,87
20 a 29	63,39	72,76
30 a 39	66,11	74,72
40 a 49	64,48	75,78
50 a 59	63,37	73,46
60 a 69	62,85	72,24
70 a 79	61,55	72,97
80 ou mais	61,80	70,52

Fonte: CPS/IBRE/FGV processando os microdados do Censo Demográfico/IBGE.

Nota: Os dados estão disponíveis somente a partir de 1991.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, R. P. de. Os determinantes da desigualdade no Brasil. *A economia brasileira em perspectiva*, v. 2. Rio de Janeiro: IPEA, p. 241-474, 1996.

BESLEY, T. Saving, credit and insurance. *Handbook of development economics*, 1992.

DEATON, A. S. Panel data from a time-series of cross-section. *Journal of Econometrics*, v. 30, p. 109-126, 1985.

DEATON, A., PAXSON, C. *Intertemporal choice and consumption inequality*. Princeton University: Research Program in Development Studies, 1992.

FALKINGHAM, J., HILLS, J. (eds.) *The dynamic of welfare: the welfare state and the life cycle Prentice Hall*, 1995.

FARO, C. *Vinte anos de BNH*. Rio de Janeiro,1992 (Pesquisa EPGE, 4).

FIRPO, S. *Evolução da desigualdade de renda e consumo entre famílias no Brasil: uma análise de coorte*. Rio de Janeiro: PUC, jun. 1999 (Tese de Mestrado).

GANZIROLI, C. H. Principais indicadores socioeconômicos dos assentamentos da reforma agrária. *Revista Econômico e Social Rural*, v. 30, n. 2, p. 408-422, ago. 1992.

LUCENA, J. M. P. *O mercado habitacional no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, Escola de Pós-Graduação em Economia (EPGE), 1985 (Tese de Mestrado).

MORANDI, L. *Estimação da riqueza interna tangível e reproduzível — Brasil 1970/95*. Universidade Federal Fluminense, 1997, mimeo (Tese de Mestrado).

NERI, M. *et alii*. O acesso ao capital dos idosos brasileiros: uma perspectiva do ciclo da vida. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Brasília: IPEA, p.115-158, dez. 1999.

PRADO, E. S., PELIN, E. R. *Moradia no Brasil — reflexões sobre o problema habitacional brasileiro*. São Paulo: Fipe/USP e CBMM, 1993.

ROMERO, A. R. Renda e emprego, a viabilidade e o sentido da reforma agrária. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 392-407, ago. 1992.

SILVA, J. F. G. Balanço e perspectivas: as possibilidades da reforma agrárias em 1987 enquanto opção político-social. *Revista Econômica e Social Rural*, Brasília, p. 205-218, 1987.

CAPÍTULO 17

INFLAÇÃO E OS IDOSOS BRASILEIROS*

Marcelo Neri
Do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getulio Vargas (CPS/IBRE/FGV) e da Escola de Pós-Graduação em Economia (EPGE/FGV)

Salomão Quadros
Do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getulio Vargas (IBRE/FGV)

André Braz
Do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getulio Vargas (IBRE/FGV)

Vagner Ardeo
Do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getulio Vargas (IBRE/FGV)

1 INTRODUÇÃO

A legislação brasileira tem sido bastante atuante no período recente na criação de ações afirmativas voltadas à população idosa.[1] Citam-se dois exemplos importantes: a Constituição de 1988 e o Estatuto do Idoso em 2003. A Constituição garante o poder de compra de benefícios previdenciários sem, no entanto, especificar nenhuma referência ou indexador. O Instituto Brasileiro de Economia (Ibre), da Fundação Getulio Vargas (FGV), seguindo a sua longa tradição na geração de índices de preços, tais como o IGP-DI e o IGP-M, começa a pesquisar segmentos específicos, como os idosos.

Este artigo detalha a metodologia desenvolvida para o índice de preços da cesta de consumo da população idosa brasileira (IPC-3I) que passará a ser divulgado em bases regulares. A estrutura do texto é a seguinte: a Seção 1 é a introdução. A Seção 2 descreve o cálculo do índice específico e compara a sua estrutura com a do índice de preços ao consumidor. A Seção 3 analisa, também, de forma comparativa o custo da cesta de consumo dos idosos. A Seção 4 descreve a evolução recente do poder de compra do salário mínimo a partir do IPC-BR e do IPC-3I,

* Os autores agradecem o excelente suporte das equipes da DITI, do Centro de Políticas Sociais (CPS) e da Divisão Geral dos Dados (DGD).

1. Para uma descrição das políticas brasileiras para a população idosa, ver o capítulo de Camarano e Pasinato neste livro.

específico para os idosos. Finalmente, o Anexo apresenta um maior detalhamento do histórico, da metodologia e da estrutura do IPC-3I.

2 A ESTRUTURA DE CONSUMO DA TERCEIRA IDADE

A "despersonalização" da inflação não traz prejuízos à condução da política macroeconômica. Afinal, se a alta de preços é generalizada, ainda que não simultânea, será sentida em maior ou menor medida por todos os indivíduos. O controle monetário reverterá o caráter generalizado da alta. Mas esta é apenas parte da história. Há preços que sobem mais do que outros, de forma prolongada e até mesmo permanente. Da influência da taxa de câmbio ao ritmo dos ganhos de produtividade, passando pelo grau de competição em cada mercado e pelas preferências do consumidor, muitos fatores explicam a dinâmica desencontrada dos preços.

Surge assim a diversidade inflacionária. Alguns grupos sociais podem ter suas despesas concentradas em itens cujos preços, em períodos relativamente longos, subam mais rapidamente do que os demais. A partir dos resultados obtidos na última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que foi a campo entre 2002 e 2003, a FGV está identificando alguns desses grupos e construindo índices específicos de inflação, como o índice para a população idosa. Seguindo ainda na linha de índices de preços especiais, a FGV pretende estudar o segmento de crianças e adolescentes subsidiando a aplicação de programas como o Bolsa Família.

A POF permite captar demandas e comportamentos privados de forma a balizar ações e reflexões nos diversos níveis de governo e da sociedade civil. O bom desenho de uma política pública deve se encaixar nos espaços mal cobertos pelas atitudes privadas, como a POF/FGV nos permite captar. Não tecemos aqui considerações normativas, mas tão-somente alguns elementos descritivos úteis ao debate, como, por exemplo, aquele reaberto recentemente acerca da desvinculação do piso previdenciário do salário mínimo.

O desenho do Índice de Inflação para os Idosos exige cuidados. O orçamento nessas pesquisas é um conceito familiar e não individual, logo, não é possível calcular o IPC-3I a não ser para aquelas famílias compostas apenas por idosos. Embora consideremos esse cálculo interessante, optamos por uma definição que julgamos mais representativa para a formulação de políticas públicas: as famílias cuja composição comporta pelo menos 50% de idosos.[2] A grande diferença são,

2. Uma possibilidade alternativa seria usar o conceito familiar *per capita* comum na literatura social de pobreza. Quer dizer, rateгодaríamos as despesas de cada domicílio pelos seus membros e depois reagruparíamos por características de interesse, como os idosos ou as crianças. Isso daria maior consistência interna ao espectro de indicadores. Outra extensão relevante na perspectiva de linha de pobreza seria o cálculo do nível — e não apenas a variação — do custo de vida de grupos especiais.

TABELA 1
ESTRUTURA DOS ÍNDICES DE PREÇOS DO TOTAL DE FAMÍLIAS E DE FAMÍLIAS COM IDOSOS

	IPC-BR População total	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos	Famílias só com idosos
		IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos		
Alimentação	27,488725	30,2332	35,3371	24,9046	30,4276	30,0479
Gêneros alimentícios	24,750333	27,9641	33,3296	22,4483	28,1985	27,6147
Habitação	31,842367	32,9964	35,2525	30,8369	32,9693	35,7917
Vestuário	5,402492	3,6760	2,7013	4,5209	3,6456	3,0078
Roupas	3,457859	2,3916	1,6820	3,0095	2,4085	1,9360
Roupas masculinas	1,274613	0,8599	0,6692	1,0517	0,9107	0,6656
Roupas femininas	1,589443	1,3461	0,8537	1,6356	1,3169	1,2038
Saúde e cuidados pessoais	10,361233	15,0288	14,4692	15,0852	14,9021	16,7940
Serviços de saúde	3,695111	6,8096	5,0930	8,4602	6,7390	8,2734
Hospitais e laboratórios	0,149579	0,5855	0,9212	0,3022	0,5876	0,7898
Médico, dentista e outros	3,545532	6,2241	4,1718	8,1580	6,1514	7,4836
Produtos médico-odontológicos	2,603546	4,9063	5,7889	3,4786	4,8878	5,5022
Medicamentos em geral	2,198719	4,4753	5,4735	2,9923	4,4072	5,2173
Cuidados pessoais	4,062576	3,3128	3,5873	3,1464	3,2753	3,0184

(continua)

(continuação)

	IPC-BR	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos	Famílias só com idosos
	População total	IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos		
Educação, leitura e recreação	8,744800	4,4255	1,8127	7,6253	4,4736	2,8376
Educação	5,756494	1,8622	0,5191	3,9062	1,9939	0,4443
Leitura	0,430508	0,5719	0,4166	0,7555	0,5510	0,5898
Recreação	2,557798	1,9914	0,8771	2,9635	1,9286	1,8035
Transportes	11,722055	7,8501	6,2371	9,0579	7,8726	6,3261
Transporte público	5,005745	3,0312	3,3554	2,4128	3,0429	2,1571
Transporte público urbano	4,756608	2,9111	3,2505	2,2793	2,9364	2,0605
Transporte público interurbano	0,249137	0,1202	0,1050	0,1335	0,1065	0,0966
Despesas diversas	4,438329	5,7900	4,1901	7,9693	5,7093	5,1950

Fonte: DGD/IBRE/FGV.

Obs.: Grupo, Subgrupo e Item.

sem dúvida, as despesas de saúde e cuidados pessoais, que são responsáveis por 15% do orçamento dessas famílias comparado a 10,4% do conjunto de famílias pesquisadas (Tabela 1). Segundo o Bureau of Labor Statistics, nos Estados Unidos, país que sabidamente gasta muito com prevenção e tratamento de doenças, as famílias, em seu conjunto, dedicam cerca de 5% de seu orçamento a essa classe de despesas.Entre os cidadãos de mais de 65 anos, a fração dos gastos com saúde sobe 11,5%, atingindo, apenas na faixa de idade acima de 75 anos, os 15% reportados pelas famílias brasileiras com predominância de pessoas com mais de 60 anos.

Ao dividirmos nosso grupo de referência em segmentos com renda abaixo e acima de oito salários mínimos observamos, novamente, proporções similares (14,5% e 15,1%, respectivamente). Entretanto, há diferenças importantes na composição das despesas de saúde por faixa de renda: serviços de saúde que incluem médicos, hospitais, laboratórios e planos de saúde ocupam 8,5% do orçamento da faixa de renda mais alta e 5,1% na faixa mais baixa. Em contrapartida, despesas com medicamentos em geral consomem 3% e 5,8% do orçamento das famílias de renda mais alta e mais baixa, respectivamente. O conjunto das demais despesas de saúde não apresenta variação por grupo de renda. Nesse sentido, independente de questões operacionais, programas que atuam sobre serviços de saúde, como a proibição da diferenciação de preços de planos de saúde por idade estabelecida pelo Estatuto do Idoso, têm menor potencial de focalização nos idosos pobres do que ações voltadas à melhora da oferta de medicamentos, como o programa de farmácia popular ou o de genéricos.

Em termos da composição dos grandes grupos de consumo, as principais diferenças nas proporções de gastos entre as famílias com pelo menos 50% de idosos e o total das famílias são expressas pelos maiores gastos do primeiro grupo em: *a*) despesas com saúde e cuidados pessoais (15% contra 10,4%, respectivamente); *b*) despesas com alimentação (30,2% e 27,5%); *c*) despesas diversas (5,79% e 4,44%); e *d*) uma proporção ligeiramente mais alta nos gastos com habitação (32% e 31,8%). Já o inverso, isto é, maior predominância relativa do total da população em relação às famílias com idosos, ocorre nos seguintes grupos de despesas:

a) Transportes (7,85% e 11,72%). Reflete provavelmente, a menor demanda e o passe livre do idoso. O transporte público urbano impacta 50% a mais na proporção de gastos do total de famílias do que nas famílias com idosos.

b) Vestuário (3,67% e 5,4%). Nesse item, as mulheres idosas gastam mais do que os homens, em virtude, provavelmente, da sua maior longevidade.

c) Educação, leitura e recreação (4,43% e 8,74%). Nessa rubrica encontram-se importantes diferenças de composição. A maior despesa em educação da população

total (1,86% e 5,76%) reflete o maior tempo esperado para a recuperação do investimento em capital humano. No caso de recreação e leitura, observamos proporções mais similares, apesar da maior disponibilidade para o lazer dos cidadãos idosos em função, provavelmente, das meias-entradas nas salas de cinema e de teatro (0,40% e 0,48%) e do seu maior tempo livre.

A análise do item saúde pode ser complementada com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 do IBGE. A proporção de famílias que têm acesso a seguro-saúde é mais elevada entre os idosos: 27% na população de idosos e 24,4% no conjunto da população.[3] Similaridade é encontrada na composição desses planos em termos de cobertura de exames complementares (ambos 96%) e uma leve diferença na proporção dos que têm direito a internações hospitalares (95,5% e 93,6%). No acionamento dos serviços de saúde, as proporções são, entretanto, bastante diferentes: 21,4% e 13%. Tal diferença impacta o custo dos planos de saúde privados, com valores mais altos aplicados à terceira idade: apenas 27% dos idosos pagam menos de R$ 50 mensais em planos de saúde contra 48% na população total. Nesse sentido, a recém-promulgada proibição de diferenciação de preços por faixa etária de seguro-saúde pelo Estatuto do Idoso não seria inócua. A PNAD também possibilita a análise de incidência de problemas de saúde. Conforme a Tabela 2 mostra, 10% dos idosos estiveram acamados nas duas últimas semanas anteriores à realização da pesquisa, comparados a 4% da população em geral. Doenças crônicas como hipertensão atingem 45% dos idosos e 10,6% do conjunto da população. Problemas cardíacos (19%; 3,9%) e depressão (11,9%; 4,9%) também podem ser interpretados como afligindo relativamente mais as pessoas em idades mais avançadas. A POF/FGV permite fazer conexões do estado de saúde com a estrutura de consumo dos medicamentos por classe terapêutica, conforme mostrado na Tabela 3.

Comparando as famílias que contêm pelo menos 50% de idosos com a população total, observamos as maiores diferenças nas seguintes participações de consumo de vasodilatadores para pressão arterial (46% e 22,7%), assim como de calmantes e antidepressivos (15,6% e 9,4%). Observamos uma relação inversa em outras classes de medicamentos, tais como anticoncepcionais e hormônios (4% e 6,8%), dermatológicos (0,97% e 3,7%), vitaminas (1,3% e 4,4%), antiinfecciosos (0,96% e 7,2%) e analgésicos e antitérmicos (4,5% e 9%). O programa de vacinação contra gripe dos idosos pode ter algum impacto no menor uso de analgésicos e antitérmicos.

A Tabela 4 apresenta as variações do IPC-3I[4] e do IPC-BR e de seus impactos no período 1996-2004 nos gastos dos dois grupos de estudo neste trabalho.

3. Para uma análise da posse de planos de seguro-saúde pela população idosa, ver o Capítulo 16 deste livro.

4. Construído a partir das 1.384 famílias pesquisadas pela POF de 2002-2003, com pelo menos 50% de pessoas com 60 anos de idade ou mais. Para uma melhor descrição da metodologia dos dois índices calculados, consulte o Anexo.

TABELA 2
BRASIL: PERFIL ETÁRIO DOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS — 1998
[em %]

	Total	Mais de 60 anos	De 11 a 15 anos	De 16 a 20 anos	De 21 a 25 anos	De 26 a 30 anos	De 31 a 35 anos	De 36 a 40 anos	De 41 a 45 anos	De 46 a 50 anos	De 51 a 55 anos	De 56 a 60 anos	De 61 a 65 anos	De 66 a 70 anos	Mais de 70 anos
Esteve acamado nas duas últimas semanas	3,94	9,63	2,06	2,27	2,71	3,20	3,50	3,55	4,37	5,05	5,84	6,69	7,43	8,75	11,98
Tem doença de coluna ou costas	17,41	45,53	3,13	7,24	12,01	16,58	21,53	26,13	30,87	36,26	40,23	44,13	44,53	46,78	45,02
Tem artrite ou reumatismo	8,16	37,97	0,89	1,48	2,46	3,63	5,32	7,51	11,26	16,15	22,68	28,06	32,69	37,34	42,60
Tem câncer	0,22	1,13	0,03	0,03	0,04	0,08	0,10	0,23	0,33	0,38	0,42	0,70	0,98	0,91	1,40
Tem diabetes	1,97	10,39	0,09	0,20	0,29	0,48	0,71	1,30	2,71	4,14	5,97	7,94	9,40	10,12	11,35
Tem bronquite ou asma	4,85	7,94	4,57	3,89	3,70	3,19	3,01	3,11	3,21	3,60	3,90	5,09	6,48	7,59	9,35
Tem depressão	4,96	11,95	0,83	2,30	3,74	4,90	6,45	7,49	9,23	10,17	10,57	12,19	11,99	11,66	12,12
Tem doença do coração	3,89	19,42	0,60	0,86	1,19	1,56	2,00	3,03	4,95	6,91	9,50	13,32	15,58	19,11	22,70
Tem hipertensão	10,57	44,24	0,30	1,33	3,18	5,06	7,50	11,56	17,77	24,07	30,89	36,51	41,12	45,51	45,90

Fonte: CPS/Ibre/FGV a partir dos microdados do suplemento da PNAD de 1998.

TABELA 3
PARTICIPAÇÃO DOS GASTOS COM MEDICAMENTOS, POR CLASSE TERAPÊUTICA, NOS GASTOS DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS
[em %]

	População total	Famílias com pelo menos 50% de idosos
Antiinfecciosos	7,16	0,96
Analgésico e Antitérmico	8,95	4,54
Antiinflamatório	11,27	9,17
Antigripal e Antitussígeno	3,73	1,26
Antialérgico	4,69	2,65
Vasodilatador para pressão arterial	22,67	45,99
Calmante e antidepressivo	9,37	15,64
Remédio para o fígado (hepático)	0,90	2,47
Remédio para os rins (renal)	5,49	2,66
Antiácidos	2,00	1,92
Fortificantes	2,11	0,84
Anticoncepcional e hormônio	6,81	4,01
Moderador de apetite	1,52	1,39
Dermatológicos	3,66	0,97
Vitaminas (inclusive importadas)	4,39	1,33
Remédios homeopáticos/naturais	2,91	2,42
Laxante	0,73	0,81
Expectorante	1,65	0,54
Total	100,00	100,00

Fonte: DGD/Ibre/FGV a partir da POF/FGV.

Espera-se entender os determinantes imediatos dos diferenciais de inflação entre esses dois grupos. As diferenças encontradas nas estruturas de ponderações totalizaram variações acumuladas entre maio de 1996 e março de 2004 de 92,15% e 74,6%, para as famílias com mais de 50% dos seus membros idosos e as demais, respectivamente. O grande "vilão" da inflação dos idosos foi habitação (37,8% para a inflação total e 118% para o grupo de estudo). Este foi seguido por alimentação (36,7% para a inflação total das famílias e 110% para as famílias com idosos) e saúde (9,2% da inflação total das famílias e 52% da inflação do grupo de estudo). Esse último resultado contrasta com o IPC-Total, em que os itens de educação e transportes tiveram impactos mais expressivos do que os de saúde.

TABELA 4
VARIAÇÃO DO IPC PARA OS IDOSOS E A POPULAÇÃO TOTAL — MAIO DE 1996 A MARÇO DE 2004
[em %]

Descrição	IPC		Impacto	
	Idosos	Total	Idosos	Total
IPC-Geral	92,15	74,56	100,00	100,00
Alimentação	109,60	69,09	36,65	25,69
Gêneros alimentícios	116,81	72,75	35,81	23,79
Alimentação fora de casa	45,08	44,11	1,26	1,98
Habitação	118,05	89,23	37,82	35,70
Aluguel e encargos	68,86	58,03	7,94	9,68
Serviços públicos de residência	273,29	229,16	26,52	22,43
Mobiliário	70,21	45,71	0,17	0,65
Roupas de cama, mesa e banho	47,95	51,68	0,23	0,24
Eletrodomésticos e equipamentos	29,53	9,56	0,48	0,26
Utensílios diversos	22,20	38,16	0,15	0,40
Artigos de conservação e reparo	90,25	83,78	3,42	3,72
Serviços de residência	89,67	77,67	3,59	2,66
Vestuário	9,87	5,64	0,53	0,39
Roupas	6,04	0,14	0,22	0,01
Calçados	8,23	8,65	0,08	0,15
Acessórios do vestuário	14,45	18,39	0,06	0,09
Tecidos e armarinho	45,36	41,23	0,10	0,10
Serviços do vestuário	27,69	24,25	0,03	0,06
Saúde e cuidados pessoais	51,89	62,32	9,24	8,73
Serviços de saúde	66,09	61,37	4,84	3,81
Produtos médico-odontológicos	39,63	80,16	2,52	2,45
Cuidados pessoais	44,01	49,11	1,83	2,34

(continua)

(continuação)

Descrição	IPC		Impacto	
	Idosos	Total	Idosos	Total
Educação, leitura e recreação	82,56	82,46	4,17	11,57
Educação	86,77	83,80	1,81	7,74
Leitura	104,98	102,75	0,63	0,70
Recreação	70,15	69,66	1,66	2,87
Transportes	111,17	99,01	8,71	14,56
Transporte público	161,70	177,74	4,56	9,61
Transporte próprio	82,44	68,59	4,14	6,38
Despesas diversas	64,09	61,66	2,87	3,36
Bebidas alcoólicas e fumo	49,59	50,70	0,91	1,54
Outras despesas diversas	109,50	85,61	2,88	2,07

Fonte: DGD/Ibre/FGV.

3 INFLAÇÃO PARA A POPULAÇÃO IDOSA

O efeito das diversas estruturas de consumo das diferentes idades pode ser sintetizado em termos de índices de inflação no período. O Gráfico 1 apresenta a evolução histórica da inflação mensal segundo o IPC-Geral (IPC-BR) e o IPC-3I desde agosto de 1994. Dadas as diferenças nos níveis de taxas de inflação a partir da política de estabilização de 1994, é possível a análise visual dos resultados. Esses dados são apresentados mês a mês e ano a ano no Anexo.

GRÁFICO 1
VARIAÇÃO DOS ÍNDICES — AGOSTO/1994 A MAIO/2004

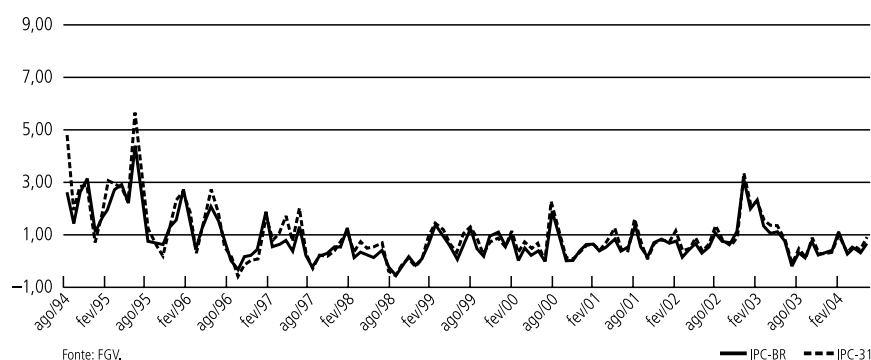
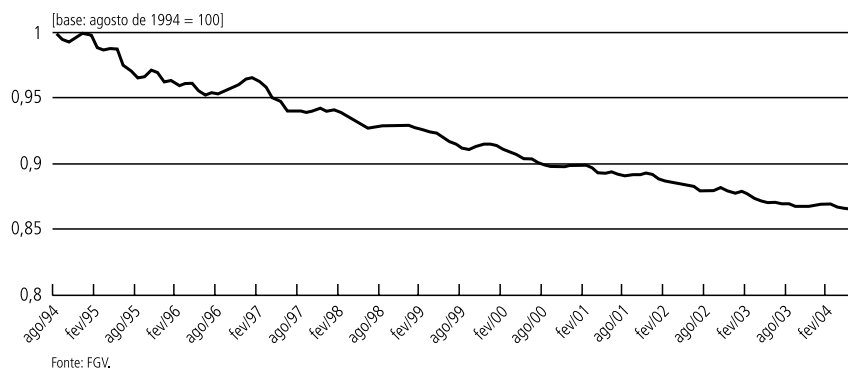
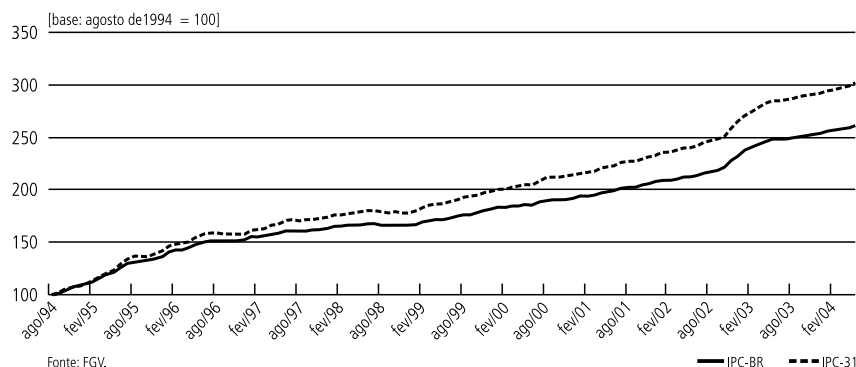
Fonte: FGV.

O Gráfico 2 apresenta a razão dos dois índices utilizados desde agosto de 1994. Esta apresenta queda contínua, revelando que a inflação dos idosos superou o do conjunto da população. Nos anos cobertos pelo gráfico, a variação do IPC-3I superou a do IPC-BR em 18%. Isso equivale a uma diferença média anual de 1,8% no período pós-estabilização.

GRÁFICO 2
RAZÃO ENTRE ÍNDICES — IPC-BR/IPC-31
[base: agosto de 1994 = 100]

Fonte: FGV.

4 O SALÁRIO MÍNIMO REAL

Nesta seção, tratamos da evolução do poder de compra dos idosos, a começar pela análise do poder de compra do salário mínimo, referência básica da política de benefícios previdenciários. O Gráfico 3 complementa a análise da seção anterior traçando a trajetória dos valores absolutos dos dois índices de preços desde agosto

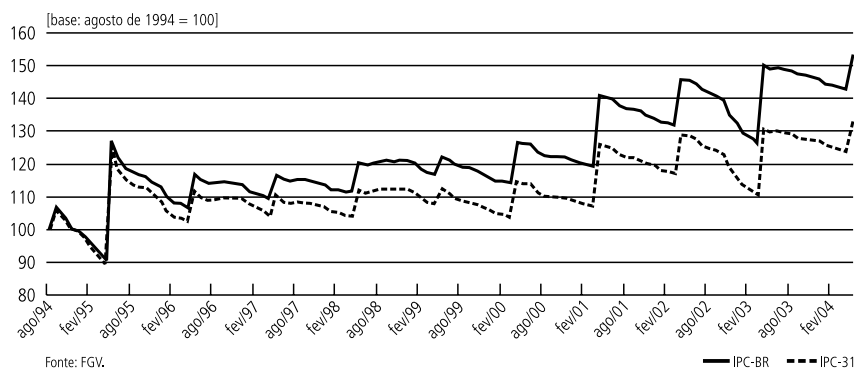
GRÁFICO 3
ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR
[base: agosto de1994 = 100]

Fonte: FGV.

de 1994, quando é possível descrever os níveis de tais séries.[5] Como se pode observar, há um descolamento gradativo e contínuo entre ambas: o IPC-3I cresce acima do IPC-BR. As diferenças dos IPCs observadas implicam um ganho de poder aquisitivo relativamente menor para o salário mínimo no período — quando deflacionado pelo IPC-3I — em comparação ao IPC-BR. No primeiro caso, o salário mínimo apresenta aumento real de 33,1%, de agosto de 1994 a maio de 2004. O acréscimo passa a ser de 53,8% se o deflator for o IPC-BR. As diferentes trajetórias do indicador de poder de compra do salário mínimo estão representadas no Gráfico 4.

Nos últimos 12 meses findos em maio de 2004, observamos uma inflação de 5,67% no grupo de idosos comparada a 5,29% no IPC para a população em geral. Apesar de a inflação dos idosos estar em um nível superior, o seu valor é ainda inferior à variação concedida ao salário mínimo, representando um ganho real ao último de 2,52%. Nesse sentido, a substituição do IPC-Geral por um índice específico que leva em conta a estrutura de consumo da população idosa como referência para a previdência social teria tido um impacto mais favorável para esse segmento no período recente.

A título de conclusão, os resultados mostram que os índices de inflação para a população idosa permitem uma medida mais precisa da evolução de seu efetivo poder de compra.[6] Funcionam como um sistema de referências para a execução de

GRÁFICO 4
ÍNDICE DO SALÁRIO MÍNIMO REAL

Fonte: FGV.

5. Os sucessivos processos de troca de moeda ocorridos durante o lançamento de planos de estabilização dificultam o cálculo do poder de compra entre transições inflacionárias, em particular no caso do Plano Real de 1994, em função da adoção da Unidade Real de Valor (URV) [Neri (1995)].

6. A análise do nível do poder de compra, ao invés da variação do poder de compra, exige tratamento similar àquele observado na literatura sobre linhas de pobreza. Em particular, a questão de economias de escala pode desempenhar importante papel de diferenciação do poder de compra de um dado nível de renda entre as famílias de idosos em relação às demais, pelo menor tamanho das primeiras [Ferreira, Lanjouw e Neri (2003)].

políticas sociais, nas áreas de saúde e de previdência. Sua correta contabilização, que apenas se inicia, é o nosso mais novo desafio. Mostram, também, que, dada a estrutura de consumo dos idosos, eles foram mais atingidos pela inflação dos últimos dez anos do que o restante da população.

ANEXO

O IPC-3I

A.1 Histórico

A POF visa recolher informações representativas sobre os gastos e rendimentos das famílias com vistas à formação de IPCs. A primeira POF, cuja finalidade foi definir ponderações para o IPC-Geral, realizou-se entre junho e julho de 1956. A pesquisa foi feita por meio do preenchimento de "cadernetas domiciliares", em que se registravam, dia a dia, a natureza e o valor do consumo dos diferentes itens de despesa.

A partir do segundo trimestre de 1966, o IPC do Rio de Janeiro usou itens e ponderações da POF, realizada entre 1961 e 1963. As ponderações refletiam os padrões de consumo de famílias com rendimentos inferiores a cinco salários mínimos, que representavam, na época, mais de 2/3 da população do Rio de Janeiro. A partir de 1972, a POF (1966/1967) teve seus resultados introduzidos no IPC, e as ponderações passaram a abranger 411 itens de despesas.

De janeiro de 1989 em diante, o IPC, além do Rio de Janeiro, passou a ser calculado também para São Paulo, com as estruturas sendo extraídas da POF realizada em 1986/1987. Este ampliou ainda mais a sua representatividade, com a sua estrutura de custos passando a compreender as famílias com rendimentos entre 1 e 33 salários mínimos.

Nos anos de 1992/1993 e 1997/1998, foram realizadas outras duas pesquisas. As estruturas de preços e consumo derivadas delas foram utilizadas a partir de janeiro de 1994 e janeiro de 1999, respectivamente. De janeiro de 2001 em diante, o IPC da Fundação Getulio Vargas ampliou sua representatividade cobrindo dez novas capitais, além do Rio de Janeiro e São Paulo. São elas: Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, Porto Alegre, Salvador e Recife.

A POF/FGV realizada em 2002/2003 foi utilizada para a elaboração do IPC-3I. A população enfocada consiste no conjunto de famílias urbanas residentes nos municípios de Belém, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, Porto Alegre,

Rio de Janeiro, Recife, Salvador e São Paulo. São excluídos os membros das Forças Armadas e paramilitares residentes em quartéis e outros alojamentos, os internados, os pacientes de instituições diversas e a população residente em habitações coletivas.

Foi feita uma amostra aleatória em quatro pontos distintos no tempo para que as informações de consumo proporcionem uma base empírica atualizada, de modo a permitir a elaboração de estruturas médias de consumo. Desse modo, pode-se dispor de "cestas" de bens e serviços. Foram realizadas oito pesquisas de campo, sendo quatro levantamentos de preços e quatro pesquisas sobre orçamentos familiares em cada cidade.

A.2 Estrutura do IPC-3I

Esse índice, tal como calculado, não contempla em sua essência famílias compostas somente por idosos — identificados como indivíduos a partir dos 60 anos de idade. A estrutura do índice foi produzida por famílias compostas por pelo menos 50% de idosos e cuja renda esteja no intervalo de 1 a 33 salários mínimos.

A cesta final do índice dos idosos tem arquitetura semelhante àquela utilizada pelo tradicional IPC divulgado pela FGV. Sua estrutura de consumo está decomposta em sete grupos, 25 subgrupos, 88 itens e 450 subitens. A principal diferença entre o IPC tradicional e sua versão para idosos encontra-se no nível de subitens — a versão tradicional dispõe de 25 subitens a mais do que a versão para os idosos.

As diferenças mais importantes estão nas ponderações utilizadas em suas cestas de consumo. No desenvolvimento desse índice, constataram-se importantes diferenças na estrutura de consumo de famílias com pelo menos 50% de idosos. Essas diferenças podem ser percebidas por meio da estrutura de ponderações, encarregada em revelar onde as despesas realizadas por essas unidades familiares estão mais concentradas. A Tabela A.1 apresenta o peso das sete classes de despesas da estrutura do IPC-BR *vis-à-vis* a do IPC-3I. Apresentamos também a ponderação dos grandes grupos de despesas para modalidades alternativas de famílias que contêm idosos, tais como aquelas compostas com idosos em geral e a família só de idosos. Observamos alta sobreposição: 82% das pessoas em famílias com idosos são idosos, correspondendo a 1,5 idoso por domicílio. Ressaltamos, mais adiante, as diferenças entre os vários grupos de despesas analisados para universos de análise distintos.

O IPC-3I já conta com uma série histórica. As apurações estendem-se até maio de 2004. Os primeiros cálculos traduziram para os índices de inflação as diferenças encontradas nas estruturas de ponderações, totalizando variações acumuladas

TABELA A.1
ESTRUTURA DOS IPCS

	IPC-BR	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos			Famílias só com idosos	
	população total	IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos
Alimentação	27,488725	30,2332	35,3371	24,9046	30,4276	35,5617	25,2460	30,0479	35,5774
Gêneros alimentícios	24,750333	27,9641	33,3296	22,4483	28,1985	33,5765	22,7772	27,6147	33,3604
Arroz e feijão	1,302776	1,4228	1,8445	0,9503	1,4164	1,8645	0,9711	1,3132	1,7513
Hortaliças e legumes	2,274779	2,7250	3,3309	2,2744	2,7239	3,3348	2,2962	2,6829	3,4307
Frutas	2,057911	2,4807	3,0501	1,8828	2,6453	3,1735	2,0677	2,6551	3,4126
Massas e farinhas	1,140503	1,1738	1,4396	0,9271	1,2023	1,4650	0,9639	1,1038	1,3694
Panificados e biscoitos	2,241656	2,4662	3,2789	1,5399	2,5198	3,3719	1,6132	2,3506	3,0166
Adoçantes	0,594086	0,9325	1,2118	0,6610	0,9197	1,1887	0,6689	1,0023	1,2546
Doces e chocolates	0,481273	0,5216	0,5187	0,5292	0,5106	0,5152	0,5061	0,5071	0,5071
Laticínios	3,048723	3,4168	4,1822	2,5625	3,3918	4,1638	2,5745	3,5489	4,3740
Aves e ovos	1,347903	1,7913	2,3839	1,1137	1,7132	2,2987	1,0882	1,9225	2,4582
Carnes bovinas	2,706122	2,8727	3,2929	2,4836	2,9280	3,3375	2,5262	2,6094	3,0456
Carnes suínas	0,341104	0,3596	0,3687	0,4702	0,3644	0,3776	0,4683	0,3485	0,3495
Carnes de outros animais	0,032520	0,0737	0,0480	0,1448	0,0731	0,0422	0,1485	0,0488	0,0381

(continua)

(continuação)

	IPC-BR população total	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos			Famílias só com idosos	
		IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos
Pescados frescos	0,891696	1,2078	1,2705	1,1145	1,2277	1,2779	1,0916	1,2534	1,3129
Carnes e peixes industrializados	1,389303	1,3012	1,4545	1,1707	1,3157	1,4589	1,1745	1,1715	1,3624
Óleos e gorduras	0,999640	1,1596	1,3821	1,0012	1,1629	1,3765	1,0157	1,1036	1,3665
Condimentos	0,805580	0,8068	0,9072	0,6557	0,8225	0,9422	0,6489	0,7540	0,9122
Vegetais em conservas	0,293156	0,3236	0,2759	0,3536	0,3263	0,2754	0,3540	0,3419	0,3168
Bebidas não-alcoólicas	1,772889	1,7252	1,9743	1,4695	1,7304	1,9769	1,4831	1,6647	1,9480
Outros gêneros alimentícios	0,367358	0,4035	0,3953	0,3823	0,4161	0,3996	0,3911	0,3770	0,3867
Alimentos prontos congelados	0,409353	0,3307	0,2517	0,3691	0,3341	0,2689	0,3655	0,3279	0,2613
Gêneros alimentícios *diet/light*	0,252004	0,4690	0,4680	0,3921	0,4543	0,4669	0,3600	0,5275	0,4858
Alimentação fora	2,738392	2,2691	2,0075	2,4563	2,2291	1,9852	2,4687	2,4332	2,2170
Restaurantes	1,996871	1,8086	1,5383	1,9676	1,7778	1,5174	2,0018	2,0506	1,7546
Bares e lanchonetes	0,741521	0,4605	0,4692	0,4887	0,4513	0,4678	0,4669	0,3826	0,4624
Habitação	31,842367	32,9964	35,2525	30,8369	32,9693	34,9271	31,1401	35,7917	36,5696
Aluguel e encargos	9,710130	10,3425	11,3724	9,8106	10,4003	11,1963	9,7538	11,1214	12,3241

(continua)

(continuação)

	IPC-BR	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos			Famílias só com idosos	
	população total	IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos
Aluguel e condomínio	7,109261	6,7131	7,5316	6,4747	6,6487	7,4622	6,3539	7,5082	8,0629
Tributos e seguro imobiliário	2,600869	3,6294	3,8408	3,3359	3,7516	3,7340	3,4000	3,6132	4,2612
Serviços públicos de residência	11,199786	12,0068	15,2789	8,8257	11,9159	15,1608	9,1666	12,2889	15,2823
Luz, gás e telefone	11,199786	12,0068	15,2789	8,8257	11,9159	15,1608	9,1666	12,2889	15,2823
Mobiliário	0,917902	0,4081	0,2332	0,4650	0,4001	0,2253	0,4504	0,5485	0,2797
Móveis	0,805837	0,3622	0,1833	0,4264	0,3530	0,1768	0,4057	0,4699	0,2041
Colchões	0,112066	0,0458	0,0499	0,0387	0,0471	0,0485	0,0447	0,0786	0,0757
Roupas de cama, mesa e banho	0,319536	0,3679	0,3149	0,2857	0,3584	0,3137	0,2542	0,3224	0,3228
Roupas de cama, mesa e banho	0,319536	0,3679	0,3149	0,2857	0,3584	0,3137	0,2542	0,3224	0,3228
Eletrodomésticos e equipamentos	2,279484	1,4908	1,0131	2,2399	1,4025	0,9513	2,1808	1,4252	0,7354
Eletrodomésticos	0,737017	0,7275	0,4523	1,1530	0,6623	0,4020	1,1699	0,8595	0,3951
Equipamentos eletrônicos	1,375072	0,6166	0,5057	0,6030	0,5963	0,4948	0,5606	0,3966	0,3239
Outros equipamentos	0,167395	0,1466	0,0551	0,4839	0,1439	0,0546	0,4504	0,1691	0,0164
Utensílios diversos	0,602429	0,4621	0,3587	0,5279	0,4502	0,3458	0,4721	0,4675	0,2987

(continua)

(continuação)

	IPC-BR	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos			Famílias só com idosos	
	população total	IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos
Artigos de decoração	0,212431	0,2043	0,1005	0,2637	0,1973	0,0958	0,2364	0,2411	0,0797
Louças e panelas	0,174020	0,1199	0,1078	0,1306	0,1150	0,1033	0,1006	0,0939	0,0600
Outros utensílios domésticos	0,215978	0,1379	0,1505	0,1336	0,1379	0,1467	0,1351	0,1326	0,1590
Artigos de conservação e reparo	4,198628	3,7110	4,2845	3,1142	3,9055	4,3412	3,4189	4,0351	4,6554
Material para limpeza	3,003298	2,9891	3,6507	2,2576	2,9519	3,6068	2,2225	3,1056	3,8198
Material para pintura	0,303425	0,2234	0,1814	0,4097	0,2215	0,1790	0,4059	0,3121	0,2689
Material hidráulico	0,014006	0,0416	0,0569	0,0179	0,0410	0,0568	0,0156	0,0616	0,0874
Material elétrico	0,115087	0,0902	0,0987	0,0842	0,0893	0,0993	0,0857	0,0722	0,1065
Ferragens e ferramentas	0,012197	0,0229	0,0249	0,0143	0,0250	0,0298	0,0134	0,0201	0,0215
Material para reparos de residência	0,750615	0,3439	0,2719	0,3306	0,5767	0,3694	0,6760	0,4635	0,3513
Serviços de residência	2,614472	4,2073	2,3969	5,5680	4,1364	2,3927	5,4432	5,5829	2,6712
Empregados domésticos	1,773199	3,1042	1,8330	3,8565	2,9948	1,8326	3,6825	3,9158	2,1084
Outros serviços de residência	0,841273	1,1031	0,5638	1,7114	1,1416	0,5601	1,7607	1,6671	0,5628

(continua)

(continuação)

	IPC-BR população total	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos			Famílias só com idosos	
		IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos
Vestuário	5,402492	3,6760	2,7013	4,5209	3,6456	2,7346	4,2811	3,0078	2,1209
Roupas	3,457859	2,3916	1,6820	3,0095	2,4085	1,7429	2,9439	1,9360	1,2490
Roupas masculinas	1,274613	0,8599	0,6692	1,0517	0,9107	0,7167	1,1535	0,6656	0,5222
Roupas femininas	1,589443	1,3461	0,8537	1,6356	1,3169	0,8593	1,5072	1,2038	0,6487
Roupas infantis	0,593803	0,1856	0,1591	0,3223	0,1809	0,1669	0,2832	0,0665	0,0781
Calçados	1,353802	0,7433	0,6309	0,8204	0,7089	0,6032	0,7340	0,4944	0,4533
Calçados masculinos	0,536766	0,2755	0,2584	0,2593	0,2679	0,2425	0,2535	0,1739	0,1197
Calçados femininos	0,537282	0,3974	0,3428	0,4437	0,3759	0,3280	0,3837	0,3062	0,3175
Calçados infantis	0,279755	0,0704	0,0298	0,1175	0,0650	0,0327	0,0967	0,0143	0,0161
Acessórios do vestuário	0,401824	0,2818	0,1265	0,4278	0,2769	0,1248	0,3634	0,2760	0,1039
Jóias e bijuterias	0,241806	0,1289	0,0378	0,2216	0,1269	0,0361	0,1802	0,1313	0,0280
Cintos e bolsas	0,160017	0,1415	0,0768	0,1810	0,1395	0,0768	0,1672	0,1274	0,0665
Guarda-chuva	-	0,0114	0,0120	0,0251	0,0105	0,0119	0,0160	0,0173	0,0094
Tecidos e armarinho	0,098896	0,1675	0,1917	0,1421	0,1591	0,1906	0,1192	0,1937	0,2601
Tecidos	0,063587	0,0746	0,0749	0,0834	0,0697	0,0752	0,0641	0,0617	0,1010

(continua)

(continuação)

	IPC-BR	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos			Famílias só com idosos	
	população total	IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos
Artigos de armarinho	0,035309	0,0929	0,1168	0,0587	0,0894	0,1155	0,0551	0,1320	0,1591
Serviços do vestuário	0,090111	0,0918	0,0702	0,1211	0,0922	0,0731	0,1207	0,1077	0,0545
Serviços de confecção	0,037095	0,0315	0,0425	0,0416	0,0315	0,0440	0,0411	0,0290	0,0227
Conservação do vestuário	0,053017	0,0604	0,0277	0,0795	0,0607	0,0291	0,0796	0,0787	0,0318
Saúde e cuidados pessoais	10,361233	15,0288	14,4692	15,0852	14,9021	14,2500	15,0105	16,7940	15,6007
Serviços de saúde	3,695111	6,8096	5,0930	8,4602	6,7390	4,9633	8,3669	8,2734	5,9007
Hospitais e laboratórios	0,149579	0,5855	0,9212	0,3022	0,5876	0,9135	0,3082	0,7898	1,1142
Médico, dentista e outros	3,545532	6,2241	4,1718	8,1580	6,1514	4,0498	8,0587	7,4836	4,7865
Produtos médico-odontológicos	2,603546	4,9063	5,7889	3,4786	4,8878	5,7105	3,5399	5,5022	6,3222
Medicamentos em geral	2,198719	4,4753	5,4735	2,9923	4,4072	5,3960	2,9672	5,2173	6,0613
Aparelhos médico-odontológicos	0,342518	0,3684	0,2651	0,4134	0,4185	0,2639	0,5056	0,2417	0,2105
Produtos farmacêuticos	0,062309	0,0627	0,0504	0,0729	0,0620	0,0506	0,0671	0,0432	0,0504
Cuidados pessoais	4,062576	3,3128	3,5873	3,1464	3,2753	3,5762	3,1038	3,0184	3,3778
Artigos de higiene e cuidado pessoal	3,229725	2,4254	2,7536	2,2117	2,4039	2,7519	2,2128	2,1049	2,5442

(continua)

(continuação)

	IPC-BR população total	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos			Famílias só com idosos	
		IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos
Serviços de cuidados pessoais	0,832851	0,8875	0,8337	0,9346	0,8715	0,8242	0,8909	0,9135	0,8336
Educação, leitura e recreação	8,744800	4,4255	1,8127	7,6253	4,4736	1,9449	7,3125	2,8376	1,2817
Educação	5,756494	1,8622	0,5191	3,9062	1,9939	0,6549	3,8782	0,4443	0,2278
Cursos formais	4,223153	1,2780	0,2403	2,9899	1,4141	0,3639	3,0775	0,1232	0,0933
Cursos não formais	0,942534	0,3069	0,1419	0,4610	0,3358	0,1597	0,4555	0,1782	0,0691
Material escolar e livros em geral	0,590807	0,2774	0,1368	0,4554	0,2440	0,1314	0,3451	0,1428	0,0654
Leitura	0,430508	0,5719	0,4166	0,7555	0,5510	0,4128	0,6421	0,5898	0,4278
Jornais e revistas	0,430508	0,5719	0,4166	0,7555	0,5510	0,4128	0,6421	0,5898	0,4278
Recreação	2,557798	1,9914	0,8771	2,9635	1,9286	0,8772	2,7922	1,8035	0,6261
Brinquedos e artigos esportivos	0,314823	0,1313	0,0952	0,1914	0,1331	0,0942	0,1875	0,0950	0,0561
Instrumentos musicais	0,036917	0,0384	0,0502	0,0351	0,0439	0,0637	0,0350	0,0227	0,0000
Fotografia	0,172341	0,0760	0,0316	0,0994	0,0756	0,0312	0,0997	0,0399	0,0144
Discos e fitas	0,354109	0,2145	0,1352	0,2796	0,2086	0,1286	0,2614	0,1419	0,0821
Salas de espetáculo	0,556216	0,3729	0,1990	0,5284	0,3592	0,1963	0,4904	0,2195	0,1075

(continua)

(continuação)

	IPC-BR população total	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos			Famílias só com idosos	
		IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos
Cultura física	0,141603	0,0859	0,0688	0,1452	0,0800	0,0670	0,1288	0,0739	0,0586
Clubes e parques	0,093705	0,0709	0,0419	0,1783	0,0666	0,0396	0,1747	0,0405	0,0020
Passeios e férias	0,888084	1,0015	0,2553	1,5061	0,9617	0,2565	1,4146	1,1701	0,3054
Transportes	11,722055	7,8501	6,2371	9,0579	7,8726	6,4561	9,1553	6,3261	4,6483
Transporte público	5,005745	3,0312	3,3554	2,4128	3,0429	3,4765	2,2810	2,1571	2,2259
Transporte público urbano	4,756608	2,9111	3,2505	2,2793	2,9364	3,3728	2,1745	2,0605	2,1771
Transporte público interurbano	0,249137	0,1202	0,1050	0,1335	0,1065	0,1037	0,1065	0,0966	0,0488
Transporte próprio	6,716310	4,8189	2,8817	6,6451	4,8297	2,9796	6,8743	4,1689	2,4224
Veículos	0,610230	0,0880	0,0188	0,1642	0,0786	0,0179	0,1543	0,0910	0,0000
Peças e acessórios	0,479074	0,2941	0,3408	0,2418	0,2813	0,3408	0,2604	0,2692	0,2684
Combustíveis e lubrificantes	3,987302	2,8810	1,4263	4,3503	2,9361	1,5271	4,6321	2,0871	1,0414
Serviços de oficina	0,515200	0,2785	0,0836	0,3518	0,2980	0,0836	0,4017	0,3335	0,0751
Outros gastos com veículos	1,124505	1,2772	1,0122	1,5371	1,2357	1,0103	1,4258	1,3882	1,0375
Despesas diversas	4,438329	5,7900	4,1901	7,9693	5,7093	4,1256	7,8545	5,1950	4,2015

(continua)

(continuação)

	IPC-BR população total	Famílias com pelo menos 50% de idosos			Famílias com idosos			Famílias só com idosos	
		IPC-3I	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos	Acima de 8 salários mínimos	Total	Até 8 salários mínimos
Bebidas alcoólicas e fumo	1,895918	1,5072	1,5781	1,3886	1,4971	1,5516	1,3750	1,1752	1,4388
Bebidas alcoólicas	0,740163	0,6185	0,5958	0,6118	0,6177	0,5936	0,5703	0,5419	0,5468
Bebidas alcoólicas importadas	0,103400	0,0431	0,0285	0,0957	0,0415	0,0285	0,0882	0,0457	0,0317
Fumo e acessórios	1,052355	0,8456	0,9538	0,6812	0,8379	0,9295	0,7165	0,5877	0,8603
Outras despesas diversas	2,542411	4,2828	2,6121	6,5806	4,2122	2,5740	6,4796	4,0197	2,7626
Correio e telefone público	0,191713	0,1292	0,1575	0,0970	0,1234	0,1536	0,0946	0,1246	0,1453
Loterias	0,298876	0,3648	0,4351	0,2603	0,3578	0,4286	0,2567	0,4371	0,4851
Despesas com animais domésticos	0,365459	0,2978	0,3275	0,2836	0,2974	0,3255	0,2740	0,3448	0,4257
Serviços diversos	1,686363	3,4909	1,6921	5,9397	3,4336	1,6664	5,8543	3,1133	1,7065

Fonte: DGD/Ibre/FGV.

TABELA A.2
VARIAÇÃO DO IPC PARA A TERCEIRA IDADE E A POPULAÇÃO TOTAL
[em %]

Descrição	Março de 2004 a Março de 2003		Maio de 2003 a Maio de 2000		Maio de 2000 a Maio de 1996	
	Idosos	Total	Idosos	Total	Idosos	Total
IPC-Geral	6,56	5,83	39,37	34,25	32,20	25,10
Alimentação	3,96	4,03	58,14	44,88	29,84	13,89
Gêneros alimentícios	3,43	3,42	60,71	46,70	32,78	15,50
Alimentação fora de casa	9,64	9,73	31,72	29,67	2,84	3,62
Habitação	10,04	8,71	37,40	32,69	48,97	35,16
Aluguel e encargos	6,52	6,06	16,09	14,43	38,16	31,73
Serviços públicos de residência	15,00	14,91	73,48	67,30	96,42	80,39
Mobiliário	1,56	1,54	29,53	28,21	28,43	12,85
Roupas de cama, mesa e banho	12,13	11,29	18,37	17,61	15,65	20,15
Eletrodomésticos e equipamentos	4,68	0,68	25,60	17,17	–0,06	–6,39
Utensílios diversos	5,00	8,63	20,20	27,12	–0,62	4,04
Artigos de conservação e reparo	7,96	5,59	39,68	37,88	31,17	29,41
Serviços de residência	9,00	11,16	24,44	25,43	46,20	33,27
Vestuário	3,82	4,01	13,63	12,32	–4,05	–7,02
Roupas	3,37	3,75	13,03	10,51	–5,74	–9,64
Calçados	4,94	4,80	12,80	13,71	–6,85	–7,02
Acessórios do vestuário	1,90	2,17	20,24	21,23	–6,05	–3,45
Tecidos e armarinho	7,60	7,74	15,87	18,15	18,62	13,79
Serviços do vestuário	4,50	7,07	8,66	12,18	11,48	4,25
Saúde e cuidados pessoais	5,69	5,94	20,40	21,95	21,52	28,33
Serviços de saúde	6,59	6,25	20,75	19,31	29,28	27,74
Produtos médico-odontológicos	4,40	5,42	17,97	23,15	16,72	43,39
Cuidados pessoais	5,62	6,27	22,47	24,09	14,87	17,11

(continua)

(continuação)

Descrição	Março de 2004 a Março de 2003		Maio de 2003 a Maio de 2000		Maio de 2000 a Maio de 1996	
	Idosos	Total	Idosos	Total	Idosos	Total
Educação, leitura e recreação	7,69	8,27	37,47	32,99	25,84	28,07
Educação	9,23	9,48	27,49	28,24	34,65	31,21
Leitura	6,94	6,95	65,86	64,04	20,15	19,78
Recreação	6,31	5,40	39,00	34,96	18,56	21,80
Transportes	0,17	–0,81	44,43	40,01	44,98	42,93
Transporte público	10,79	9,04	45,31	51,02	66,27	72,85
Transporte próprio	–6,43	–5,22	42,53	35,46	33,35	29,38
Despesas diversas	19,10	17,39	31,47	28,20	6,81	9,26
Bebidas alcoólicas e fumo	12,58	12,33	33,39	33,41	0,24	1,69
Outras despesas diversas	41,09	24,39	25,99	22,61	23,88	24,63

Fonte: DGD/Ibre/FGV.

TABELA A.3
TAXAS DE INFLAÇÃO MENSAIS E ANUAIS SEGUNDO O IPC-3I E O IPC-BR — 1994-2004
[em %]

							1994						
Índice	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Acumulado
IPC-3I								4,81	1,94	2,85	2,86	0,68	13,80
IPC.BR-DI								2,60	1,46	2,65	3,11	1,11	11,40
							1995						
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
IPC-3I	1,73	3,03	2,95	2,78	2,23	5,64	3,16	1,25	0,57	0,15	1,42	2,32	30,77
IPC.BR-DI	1,63	1,97	2,74	2,90	2,21	4,39	2,63	0,74	0,67	0,63	1,25	1,57	25,91
							1996						
Índice	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
IPC-3I	2,61	1,88	0,27	1,28	2,72	1,86	0,54	0,15	–0,58	–0,12	0,03	0,09	11,19
IPC.BR-DI	2,70	1,46	0,43	1,31	2,08	1,57	0,76	0,01	–0,35	0,18	0,25	0,44	11,34
							1997						
Índice	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
IPC-3I	1,72	0,80	1,03	1,71	0,74	2,02	0,26	–0,30	0,24	0,19	0,38	0,74	9,94
IPC.BR-DI	1,85	0,53	0,63	0,80	0,39	1,30	0,24	–0,27	0,17	0,29	0,53	0,56	7,21

(continua)

(continuação)

							1998						
Índice	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
IPC-3I	1,15	0,32	0,74	0,46	0,53	0,69	–0,38	–0,56	–0,15	0,15	–0,21	0,07	2,83
IPC.BR-DI	1,26	0,14	0,33	0,23	0,14	0,41	–0,25	–0,52	–0,17	0,20	–0,19	0,09	1,66
							1999						
Índice	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
IPC-3I	0,94	1,47	1,20	0,66	0,35	1,04	1,33	0,87	0,30	0,71	0,91	0,55	10,84
IPC.BR-DI	0,64	1,41	0,95	0,52	0,08	0,65	1,20	0,48	0,19	0,92	1,12	0,60	9,12
							2000						
Índice	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
IPC-3I	1,17	0,31	0,74	0,50	0,70	–0,03	2,27	1,15	0,11	0,08	0,31	0,56	8,14
IPC.BR-DI	1,01	0,05	0,51	0,25	0,40	–0,01	1,91	0,86	0,04	0,02	0,40	0,62	6,21
							2001						
Índice	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
IPC-3I	0,64	0,43	0,75	1,25	0,45	0,38	1,59	0,69	0,05	0,69	0,77	0,76	8,78
IPC.BR-DI	0,64	0,40	0,56	0,86	0,41	0,52	1,36	0,54	0,12	0,71	0,85	0,70	7,94
							2002						
Índice	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
IPC-3I	1,12	0,37	0,49	0,89	0,37	0,68	1,36	0,81	0,60	0,97	3,37	2,14	13,96
IPC.BR-DI	0,79	0,14	0,42	0,71	0,28	0,55	1,03	0,76	0,66	1,14	3,14	1,94	12,18
							2003						
Índice	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
IPC-3I	2,27	1,58	1,35	1,37	0,78	–0,11	0,51	0,12	0,90	0,30	0,27	0,34	10,09
IPC.BR-DI	2,32	1,37	1,06	1,12	0,69	–0,16	0,34	0,13	0,76	0,21	0,33	0,43	8,93
							2004						
Índice	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
IPC-3I	0,98	0,33	0,59	0,44	0,87								3,24
IPC.BR-DI	1,08	0,28	0,46	0,31	0,71								2,88

Fonte: DGD/Ibre/FGV.

no período de maio de 1996 a março de 2004 de 92,15% e 74,6%, respectivamente. A Tabela A.3 apresenta a evolução da estrutura de variações do IPC-3I e do IPC-BR e de seus impactos nesse período.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, A. N. de. *Determinantes do consumo de famílias com idosos e sem idosos com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares 1995/1996*. Piracicaba, SP, set. 2002 (Dissertação de Mestrado da USP).

CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999.

HOBIJN, B., LAGAKOS, D. Social security and the consumer price index for the elderly. *Current issues in economics and finance*, Federal Reserve Bank of NewYork, v. 9, n. 5, May 2003.

FERREIRA, F., LANJOUW, P., NERI, M. A robust poverty profile. *Revista Brasileira de Economia*, v. 57, n. 2, p. 59-92. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, jan.-mar. 2003.

NERI, M. Sobre a mensuração dos salários reais em alta inflação. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 497-526, dez. 1995.

E A VIDA SE ALONGA ALÉM DOS 60: COMO?

Ana Amélia Camarano
Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA

Vários capítulos deste livro mostraram que o alongamento da vida, ou das vidas, é uma das conquistas sociais mais importantes do século XX. Na verdade, atingir mais de 100 anos não é um privilégio dessa geração. Existem evidências a respeito de pessoas que morreram com idades elevadas, como um homem com 115 anos, citado por Wilmoth (1997) e uma mulher com122 anos, mencionada por Robine e Allard [*apud* Wilmoth (1997)]. O que existe de novo é o aumento da esperança de vida ao nascer, permitindo que mais pessoas atinjam idades avançadas. Por exemplo, em 1980, de 100 crianças brasileiras do sexo feminino, 22 completaram o 80º aniversário. Em 2000, esse número dobrou. A grande responsável por isso foi a queda da mortalidade em todas as idades.

Esse foi o resultado do "sucesso" de políticas econômicas e sociais que resultaram em uma melhoria generalizada das condições de vida, em geral, e de saúde, em particular. No caso da população brasileira, tem-se observado desde a segunda metade dos anos 1950, embora de forma desigual, maior acesso a serviços médicos preventivos e curativos, a tecnologia médica avançada, a água tratada, a esgoto e saneamento, a escolaridade etc.

As perspectivas que se vislumbram para o médio prazo são de continuação da redução da mortalidade em todas as idades, em especial nas avançadas. Uma das possibilidades tidas como certas para o futuro próximo é o crescimento a taxas elevadas do contingente de idosos vivendo mais tempo. É a continuação do envelhecimento populacional, que é hoje alvo de conferências nacionais, planos governamentais, políticas públicas e privadas e presença constante na mídia. Conquistou espaço na agenda nacional e na internacional.

Além da certeza da continuação nos ganhos em anos vividos, uma outra questão passou a ter grande importância nos debates: é a incerteza quanto às condições de saúde que o segmento de longevos experimentará. Na verdade, não só

de saúde, mas, também, de renda, de apoio familiar etc. A pergunta levantada aqui é a que encerrou a introdução deste livro: "Muito além dos 60, mas como?" De outra forma, pergunta-se se os novos idosos brasileiros ou os idosos do futuro poderão continuar desfrutando das relativas melhores condições de vida que desfrutam os de hoje.

Visões negativas a respeito do aumento da expectativa de vida associam-na a uma extensão do tempo em que os idosos experimentariam distúrbios mentais e doenças crônicas, onerando os serviços de saúde e impondo uma sobrecarga às famílias. Essa visão pauta o discurso de vários pesquisadores da área de saúde que chegam a denominá-la falência do sucesso.

Assume-se que ela é uma visão estática que ignora os avanços da tecnologia médica, o acesso aos serviços de medicina preventiva e curativa e as mudanças nos hábitos de vida da população, a expansão da cobertura da previdência social e a modificação nos processos de produção. Ignora, também, que embora a sobrevivência aos 60 anos seja crescente, há muitos que não chegam lá. Os que chegam já apresentam um diferencial. Embora seja um fenômeno bastante europeu e norte-americano, tem-se observado, no Brasil, a expansão de um grupo de indivíduos idosos que não é caracterizado por uma saúde debilitada, pela pauperização nem pela exclusão das diversas esferas da vida social.

Mesmo reconhecendo os avanços na melhoria das condições de saúde da população idosa, uma preocupação presente no debate sobre envelhecimento é a associação do idoso a um ser improdutivo, por estar excluído do mundo do trabalho, tido como um "consumidor" mais do que um "produtor". Isso leva a se pensar que, mesmo que o envelhecimento seja desejável sob a perspectiva dos indivíduos, o crescimento da população idosa pode acarretar um peso sobre a população jovem e o custo de sustentá-la vir a constituir uma ameaça ao futuro das nações.[1]

Na realidade, o debate sobre envelhecimento continua fortemente atrelado aos gastos com a previdência social, ao ajuste fiscal e à distribuição dos gastos públicos. Tem sido bastante influenciado por um documento do Banco Mundial, lançado em 1994 e avaliado em 2004, mantendo o mesmo enfoque [Banco Mundial (2004)]. Os idosos têm sido vistos como grandes consumidores de gastos públicos. Como salientado por Goldani, neste livro, no Brasil, a exemplo do que ocorreu em outros países, o conflito entre gerações pela partilha dos recursos, se real ou percebido ou inventado, tornou-se um dos temas centrais da discussão política

1. Para uma visão alarmista da questão do envelhecimento populacional, ver Banco Mundial (1994) e Petersen (1999), *apud* Lloyd-Sherlock (2002).

e, também, do conhecimento popular através da mídia. Isso é exemplificado pela relativa melhor situação econômica dos idosos ante o grupo de não-idosos [ver Camarano (2002) e Beltrão, Camarano e Mello (2004)].

Essa discussão é, também, bastante viesada pelo determinismo demográfico. Uma mudança na distribuição etária, por si só, não é boa nem ruim. O envelhecimento não cai em um vazio social. Cuidar de uma população idosa saudável é diferente de cuidar de uma população doente. Os paradigmas de saúde ou os modelos institucionais são outros determinantes importantes dos custos de saúde. Portanto, o envelhecimento pode ser visto como uma conquista ou um problema social, dependendo da maneira como a sociedade escolhe lidar com ele.

O desafio que se coloca é encontrar caminhos para que se possa comemorar a grande conquista social que é o fato de cada vez mais pessoas terem a sua vida alongada. De maneira geral, as Nações Unidas forneceram a resposta: "adicionar qualidade de vida aos anos adicionados". Resta saber como.

O ponto de partida para se pensar essa questão é levar em conta a heterogeneidade do segmento idoso. Parte-se da hipótese de que esse grupo experimentou trajetórias de vida diferenciadas que vão afetar as suas condições de vida na última etapa. Essas trajetórias são fortemente marcadas pelas desigualdades sociais, regionais e raciais em curso no país. As políticas sociais podem reforçar essas desigualdades ou atenuá-las, bem como os mitos, os estereótipos e os preconceitos em relação à população idosa.

Para se entender melhor as condições que a população brasileira experimenta na última fase da vida e pensar nas suas perspectivas, é utilizado, aqui, um modelo do Amarthya Sen [*apud* Lloyd-Sherlock (2002)] que considera que estas dependem:

- das capacidades básicas;
- das capacidades adquiridas ao longo da vida; e
- das condições ambientais, aí incluídos os arranjos familiares e as políticas públicas.

Foi bastante documentada, neste livro, a relativa melhor situação econômica dos idosos em comparação com a dos não-idosos. Embora de forma desigual, os idosos de hoje foram beneficiados com a redução da mortalidade materna, da mortalidade na meia-idade e nas idades adultas e avançadas. São os grandes beneficiários das "pontes de safena". Sobreviveram às elevadas taxas de mortalidade por doenças infecto-contagiosas na primeira infância. Experimentaram um período de expansão econômica, de emprego estável e formal e do Sistema Financeiro da Habitação, mas que acentuou as desigualdades sociais e colocou a pobreza como

foco de preocupação. As relações afetivas também foram mais estáveis: casaram e ficaram casados. A fecundidade era elevada e o papel principal da mulher era o de cuidadora dos dependentes da família. O homem manteve-se como o principal provedor.

A família, representada pela mulher, continua sendo a principal cuidadora dos idosos que não têm autonomia para as atividades do cotidiano. O seu cuidado permite que o homem deficiente permaneça como chefe do domicílio. Como ela não tem renda, a sua sobrevivência vem da renda do marido. Já a maioria das mulheres idosas deficientes, provavelmente viúvas, procura ajuda dos filhos através da co-residência. Essas idosas experimentam dificuldades no desempenho das suas atividades cotidianas, mas aportam renda para o orçamento familiar, que deve vir da pensão por morte do marido, ou seja, recebem e dão ajuda. Sintetizando, a família continua sendo um espaço de apoio importante para os segmentos vulneráveis. Na verdade, é um sistema de trocas de apoio mediado pelas políticas sociais. Ressalte-se no entanto, levando em conta as palavras de Sen, que se está falando de uma forma de "cooperação conflitiva", pois que se baseiam em uma relação de poder. Além disso, não se sabe se as formas de ajuda, como a co-residência, consistem numa opção ou na falta dela.

Algumas das políticas públicas que estão atingindo esse segmento, atualmente, estão contribuindo para a redução das desigualdades que marcaram a trajetória de vida desses indivíduos, outras as estão reforçando. Como se viu em vários capítulos deste livro, a Constituição de 1988 instituiu uma série de benefícios para o grupo que vive, hoje, a última fase da vida. Citam-se, por exemplo, a ampliação da cobertura da previdência rural, o estabelecimento de um piso único para benefícios previdenciários e assistenciais rurais e urbanos (um salário mínimo) e a mudança da unidade beneficiária do chefe do domicílio para os indivíduos que estão tendo um grande impacto na redução da pobreza rural, das desigualdades de renda no campo, no incentivo à pequena produção de subsistência, nos arranjos familiares e no maior empoderamento dos idosos. Essas mudanças são amplamente reconhecidas por estarem cumprindo uma função de proteção social moderna no meio rural.

Por outro lado, o sistema previdenciário urbano, tanto privado quanto público, apresenta várias distorções. Uma delas é a aposentadoria por tempo de serviço ou contribuição. Como mostrado por Oliveira *et alii*, neste livro, 91% dos homens aposentados por tempo de contribuição até 1998 tinham começado a receber o benefício antes dos 60 anos. Dado o aumento da esperança de vida, esses aposentados passarão um longo tempo recebendo benefícios e "pressionando" o sistema, que está alerta desde 1994.

É difícil acreditar que as tradicionais maneiras de financiar a seguridade social serão suficientes para lidar efetivamente com a população idosa do futuro num contexto de crescente informalização da economia. Duas reformas foram feitas, uma em 1998 e outra em 2003, visando adiar a idade de aposentadoria e vincular cada vez mais o beneficio à contribuição.

No caso das aposentadorias do setor privado, Oliveira *et alii* mostraram alguns resultados da "reforma" no que diz respeito ao adiamento à idade da aposentadoria. Por outro lado, vincular o recebimento do benefício à contribuição é ignorar as transformações no mercado de trabalho. Enquanto a tendência deste é de flexibilização crescente, a da previdência é de "engessamento". Isso, certamente, colocará problemas para os 40 milhões de brasileiros que em 2002 encontravam-se trabalhando no mercado informal ou estavam desempregados, dificultando a sua aposentadoria. Além disso, não resolverá o problema de financiamento da previdência.

Uma outra política previdenciária que contribui para reduzir ou até mudar a direção das relações de gênero é a relativa às mulheres. O benefício da aposentadoria, que os idosos de hoje recebem, é, em geral, devido apenas às pessoas que trabalharam e/ou contribuíram. Os que não se enquadram nessa categoria são elegíveis para o benefício da assistência social a partir de uma determinada idade — 65 anos, desde o início de 2004. A partir da Constituição de 1988, as mulheres idosas no meio rural passaram a ser elegíveis para o benefício, independentemente de o chefe do domicílio já estar recebendo. É um benefício teoricamente ligado ao trabalho e contributivo, mas alguns estudos já mostraram que grande parte da coorte de mulheres de 60-79 anos que recebem benefícios atualmente não trabalhou quando tinha 40 a 59 anos e nem contribuiu com a seguridade social [Beltrão, Camarano e Mello (2004) e Camarano (2003)]. Isso se verifica de forma mais expressiva entre as mulheres do meio rural e também está associado com a dificuldade de mensuração do trabalho feminino no meio rural.

Além de receber aposentadorias, as mulheres viúvas têm o direito de receber pensão pela morte do marido, a qual, desde a Constituição de 1988, é igual ao último salário/benefício do marido e até de trabalhar. Isso levou a uma mudança na relação de gênero no que se refere ao ingresso. As mulheres não-idosas são mais pobres que os homens não-idosos e o inverso ocorre na última fase da vida [Camarano (2002)]. Os homens também podem acumular os dois benefícios, mas são poucos os que ficam viúvos.

A partir do modelo proposto por Sen e da quase certeza do alongamento da vida para grande parte dos brasileiros, a pergunta que se coloca é: como viverão esses anos adicionados?

Os novos idosos, ou aqueles que entrarão no grupo etário dos mais de 60 anos a partir de 2010, são os filhos do *baby boom*, que experimentaram uma redução acentuada na mortalidade infantil. As mulheres vivenciaram os grandes ganhos na escolaridade e entraram maciçamente no mercado de trabalho. Fizeram a revolução na família, casaram, descasaram, recasaram ou não casaram novamente, tiveram menos filhos. O não-casar e o não ter filhos passaram a ser opção.

A instabilidade das relações afetivas também afetou os homens. Embora se recasem com mais freqüência que as mulheres, mantêm menos vínculos afetivos com os filhos. O aumento do número de relações pode significar maior fragilidade das mesmas.

O mercado de trabalho também mudou. Parte dessa geração já vivencia os efeitos da sua flexibilização e do "engessamento" da previdência social, que lhe comprometerá a aposentadoria em um futuro próximo. Dentre os homens que tinham de 40 a 69 anos em 2002, 82,2% trabalhavam e 50,3% contribuíam para a seguridade social. As proporções comparáveis para as mulheres foram de 43,1% e 25,2%. Não se sabe por quanto tempo essas pessoas estão contribuindo, mas é difícil esperar que consigam contribuir por 30 anos (se mulher) e 35 anos (se homem) para a aposentadoria por tempo de contribuição, ou 15 anos para a aposentadoria por idade, como requer a Emenda Constitucional 20. Dentre esses, não se encontram os desempregados.

As perspectivas quanto a uma aposentadoria para os idosos dos próximos 20 anos não são promissoras e são menores ainda para as gerações que têm de 20 a 40 anos. Dificilmente a assistência social poderá gerar renda para esse segmento elevado da população, hoje desempregada e informalizada, quando perder a sua capacidade laborativa.

Além disso, a transição para a vida adulta está sendo afetada pelas dificuldades no mercado de trabalho e nas relações afetivas. Isso está fazendo com que os jovens adultos passem mais tempo na condição de filhos de pais idosos dependentes de suas rendas. Como essa relação se colocará no futuro próximo, é uma grande interrogação. Com que ajuda poderão contar os futuros jovens na sua transição?

Por outro lado, a geração dos futuros idosos também está experimentando os grandes avanços da tecnologia médica, cosmetológica, da reposição hormonal e do culto à juventude. O idoso se tornará cada vez mais um ator político, aumentando a sua representatividade política nos governos, no Poder Legislativo, na sociedade civil organizada etc. Isso aumenta a heterogeneidade do segmento idoso. Um segmento quer fazer da juventude uma negação à morte e outro se aproxima dela com sofrimento e carente de cuidados de saúde e emocionais.

Com menos filhos, a família não será mais a mesma. Os múltiplos casamentos enfraquecem os laços com sogros e sogras. A mulher é parte integrante e importante do mercado de trabalho, pois é, também, provedora. Pode aportar mais recursos financeiros, e menos tempo e cuidados. A família pobre, e em especial a mulher, precisa de ajuda para cuidar dos seus dependentes. Em outras palavras, políticas devem ajudá-la na decisão de cuidar dos dependentes ou de ir para o mercado de trabalho para garantir a sobrevivência.

As políticas de saúde devem contemplar todo o ciclo da vida, contribuindo para que mais pessoas não só cheguem à última etapa da vida, mas cheguem lá de forma saudável. Dentre elas, citam-se a promoção à saúde, o acesso universal aos serviços de saúde pública ao longo da vida e, em decorrência, a consideração da importância de fatores ambientais, econômicos, sociais, educacionais, no aparecimento de enfermidades e incapacidades. Para a última fase da vida, cabe a um sistema público de saúde assegurar o fornecimento dos meios para que as pessoas possam terminar suas vidas com dignidade e com um mínimo de sofrimento quando decidirem que chegou o momento para isso. É o que discute o trabalho de Débora Diniz.

Muito embora se reconheça que os idosos têm demandas específicas, diferenciadas tanto por idade quanto por sexo, para se alcançar "uma sociedade para todas as idades", como preconizado pelas Nações Unidas, uma política para a população idosa deve estar inserida em uma política de desenvolvimento sustentável, objetivando aumentar o bem-estar de toda a população. Os idosos não vivem isolados e o seu bem-estar está intimamente ligado ao da sociedade como um todo.

Assume-se que a finalidade última de qualquer política pública deva ser o bem-estar da população. Para que isso possa ocorrer de forma sustentada, é preciso equilíbrio financeiro. No caso brasileiro, a preocupação com o ajuste fiscal aparece como a finalidade última das políticas públicas, quer dizer, os fins estão sendo trocados pelos meios.

BIBLIOGRAFIA

BANCO MUNDIAL. *Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote the growth*. Washington, D.C., 2004.

—————. *Keeping the fromise of old age income security in Latim America*. Washington, D.C. 2004.

BELTRÃO, K. I., CAMARANO, A. A., MELLO J. L. Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da seguridade social. *Teste apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População*, Caxambu, MG, 18-20 de setembro de 2004.

CAMARANO, A. A. *Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. (Texto para Discussão, 878).

__________. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Revista Estudos Avançados*, São Paulo: USP, v. 17, n. 49, 2003.

LLOYD-SHERLOCK, P. *Ageing, development and social protection: a research agenda*. Madri: UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2002.

WILMOTH, J. In search of limits. *Between Zeus and the Salmon: the biodemography of longevity*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1997.